Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării

în educaţie, dezvoltare personală şi clinică

coordonator **IOLANDA MITROFAN**

Volumul II

Aplicaţii în terapia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor



Editura Universităţii din Bucureşti

CRISTINA DENISA GODEANU (STOICA)
ALIN CRISTINEL COTIGĂ
OVIDIU-ALEXANDRU POP

Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării

(în educaţie, dezvoltare personală şi clinică)

Volumul 2:

Aplicaţii în terapia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autori:
lector univ. dr. CRISTINA DENISA GODEANU (STOICA)
lector asociat, dr. ALIN CRISTINEL COTIGĂ
lector univ. dr. OVIDIU-ALEXANDRU POP





editura universităţii din bucureşti
2011



Referenţi ştiinţifici: Prof. univ. dr. RUXANDRA RĂŞCANU
Prof. univ. dr. IRINA HOLDEVICI

© *editura universităţii din bucureşti*[*]
Şos. Panduri, 90–92, Bucureşti – 050663; Telefon/Fax: 021.410.23.84
E-mail: editura_unibuc@yahoo.com
Internet: www.editura.unibuc.ro

Tehnoredactare computerizată: *Victoria Iacob*

Descrierea CIP a Bibliotecii Naţionale a României
ENACHE, RODICA
Studii de validare şi cercetări aplicative ale psihologiei şi psihoterapiei unificării: (în educaţie, dezvoltare personală şi clinică) / lector univ. dr. Rodica Enache, lector univ. dr. Elena Otilia Vladisla; coord.: prof. univ. dr. Iolanda Mitrofan – Bucureşti: Editura Universităţii din Bucureşti, 2010
ISBN 978-973-737-775-3
Vol. 2: Aplicaţii în terapia, consilierea şi dezvoltarea personală a familiei, copiilor, adolescenţilor şi studenţilor / lect. univ. dr. Cristina Denisa Godeanu (Stoica), lector asociat dr. Alin Cristinel Cotigă, lector univ. dr. Ovidiu-Alexandru Pop - 2011 - ISBN 978-973-737-926-9

I. Godeanu (Stoica), Cristina Denisa
II. Cotigă, Alin Cristinel
III. Pop, Ovidiu-Alexandru
IV. Mitrofan, Iolanda (coord.)

159.9

CUPRINS

Studiul 1: **Relaţii-capcană în familia toxicomanului. O abordare transgeneraţională**, Cristina Denisa Godeanu (Stoica)

REPERE TEORETICE

CERCETAREA

Studiul 3: Dezvoltarea personală în psihoterapiile experiențiale – abordare metodologică integrativă – Ovidiu-Alexandru Pop

Studiul 1

Relaţii-capcană în familia toxicomanului. O abordare transgeneraţională

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autor:
lector univ. dr. CRISTINA-DENISA GODEANU (STOICA)

INTRODUCERE

Lipsa tradiţiei în tratarea toxicomanului în ţara noastră face ca veriga dezintoxicare să fie supraevaluată în defavoarea celorlalte verigi ale lanţului terapeutic. Necesitatea psihoterapiei în perioada postdezintoxicare este trecută cu vederea, astfel că recăderea este garantată. Psihoterapia individuală, de grup şi de familie, în perioada postdezintoxicare este esenţială pentru persoana dependentă de substanţă. Toate aceste trei forme de psihoterapie trebuie corelate pentru că este o iluzie să crezi că toxicomanul poate fi recuperat scoţându-l din contextul său de viaţă, familial şi social.

În urma experienţei avute cu toxicomanii şi cu familiile lor am identificat faptul că aceştia sunt prinşi într-un sistem de relaţii, pe care le-am numit relaţii-capcană, care sunt integrate unor scenarii întemeiate pe fenomene, ce ţin de inconştientul familial, transmise transgeneraţional.

Relaţiile-capcană sunt relaţii de tip "cerc-vicios" cu mecanisme de autogenerare şi autoîntreţinere care se construiesc şi se transmit în cadrul unor scenarii-capcană care prescriu comportamente familiale de tip patogen (Iolanda Mitrofan, Denisa Stoica, Dizertaţie Master). Ele confirmă existenţa mitului familial, al ritualurilor familiale şi asigură identitatea familiei împiedicând dizolvarea ei.

Presupun că identificarea şi evaluarea acestor relaţii-capcană precum şi intervenţia psihoterapeutică în familiile cu factor de dependenţă emoţională mare scad posibilitatea conversiei dependenţei emoţionale în toxicodependenţă. Astfel că unul dintre obiectivele acestei lucrări vizează identificarea, explorarea şi evaluarea relaţiilor-capcană în familiile toxicomanilor.

Gregory Bateson, Don D. Jackson şi echipa lor de la Palo Alto au publicat în 1965 un articol, „Către o teorie a schizofreniei", în care este comunicată celebra teorie a dublei legături. Ei au elaborat acestă teorie bazându-se pe cercetări pe care le-au făcut pe familii cu schizofreni. Bateson şi colaboratorii săi au pus în evidenţă acest tip de comunicare paradoxală care are o mare frecvenţă în familiile cu schizofreni. Şcoala de la Milano în frunte cu Mara Selvini-Palazzoli au făcut cercetări pornind de la ipoteza că familia este un sistem cu autoreglare, care îşi crează propriile reguli prin încercare şi eroare. Însă, contribuţia cea mai importantă a abordarii sistemice în terapie, după cum spune Haley, a fost aceea de a arăta pentru ce oamenii sunt cum sunt şi nu schimbarea psihoterapeutică. Cu alte cuvinte, toate aceste cercetări au demascat iluzia relaţională şi au identificat aspecte ce ţin de relaţiile-capcană. Conceperea simptomului ca modalitate de adaptare la contextul de viaţă al individului sunt de o foarte mare importanţă în identificarea şi abordarea relaţiilor-capcană.

Viziunea sistemică a dezvăluit numai anumite aspecte în legatură cu ceea ce se ascunde în spatele jocurilor relaționale. Aceste relații se pot aborda și sub aspectul transmisiei inconștientului familial. Bert Hellinger, terapeutul care a creat terapia numită 'constelații familiale', abordează capcanele sistemului familial punându-le in relație cu inconștientul familial. Ivan Boszormenyi-Nagy, Maria Torok si Nicolas Abraham au descris fenomene ce țin de inconștientul colectiv, cum ar fi loialitatea familială, cripta si fantoma care pot genera ceea ce în terapia transgenerațională se numește patologia de transmisie transgenerațională. Toxicomania este văzută de unii terapeuți ca patologie de transmisie transgenerațională.

REPERE TEORETICE

CAPITOLUL 1:
Psihoterapia între tradiţie şi avangardă. Abordarea transgeneraţională

Ce anume se întâmplă cu un client care se trezeşte în vechiul său scenariu de viaţă, la câteva luni de la încheierea unor şedinţe de psihoterapie în care au fost abordate dificultăţile întreţinute de acest scenariu ? El revine la psihoterapie cu aceleaşi probleme. Este vorba despre aceleaşi eşecuri relaţionale, aceleaşi strategii ineficiente de a aborda o dificultate. Cu câteva luni în urmă, la ultima şedinţă de psihoterapie era convins că va putea schimba ceva în modul lui de a se relaţiona cu soţia. Imediat după încheierea şedinţelor la psihoterapeut chiar a reuşit să schimbe ceva însă acum a început să fie la fel ca înainte. Pentru specialiştii din domeniul psihoterapiei aceste situaţii nu reprezintă o noutate. Este foarte dificil să te lepezi de rolurile şi de scenariile care îţi legitimează identitatea. **Un scenariu este mai mult decât o opinie, mai mult decât o bârfă, mai mult decât o etichetă şi mai mult decât o imagine. El poate fi logica propriului destin.** (C. D. Stoica, 2002)

Dacă vom privi situaţia clientului nostru cu ochelarii unui psihoterapeut comportamentalist atunci problema lui ţine 100% de comportamentul său. Dacă schimbăm ochelarii cu cei ai unui psihanalist tradiţional atunci problema clientului ţine 100% de inconştientul lui personal. Psihoterapeuţii centraţi pe familie privesc problema clientului în context familial. Acum putem vorbi despre scenarii, despre tranzacţii. Clientul nostru este prins în scenarii în care a fost confirmat în diverse roluri. În virtutea acestor scenarii este atras în diverse relaţii pentru a căror funcţionare deficitară acest client ajunge într-o bună zi la terapie. Analiza tranzacţională şi terapia sistemică de familie s-au ocupat de funcţionarea scenariului, mai ales, la nivel conştient. Eric Berne a surprins tranzacţii şi jocuri, Mara-Selvini Pallazolli şi echipa ei au situat aceste tranzacţii şi jocuri în cadrul sistemului din care face parte clientul.

Abordarea transgeneraţională în cadrul căreia se întâlnesc viziunea psihanalitică şi viziunea sistemică ia în considerare şi inconştientul familial. Acest tip de abordare vizează dinamica inconştientului familial, conţinuturile sale şi mecanismele de transmisie a acestora în context sistemic.

Revenim la întrebarea iniţială. Ce anume se întâmplă cu un client care se trezeşte în vechiul său scenariu de viaţă, la câteva luni după încheierea unor şedinţe de psihoterapie în care au fost abordate dificultăţile întreţinute de acest scenariu? Abordarea transgeneraţională deschide cutii, cutiuţe, cufere care împovărează în prezent viaţa clientului. Istoria lui transgeneraţională se poate citi în prezentul său, în modul său de a se

relaţiona, în modul său de a fi. Revenirea la rolul de victimă perfectă nu este doar o problemă de comportament. Probabil că acest rol de victimă este foarte important în funcţionarea familiei, nu numai la scară intergeneraţională ci şi la scară transgeneraţională. Acest rol i-a fost prescris de mult timp aşa cum prescis este şi scenariul. Nu ne referim la vreo ursitoare sau la vreo vrăjitoare rea. Ne referim la inconştientul familial şi la importanţa dinamicii lui în istoria de viaţă a unui individ.

Printre cei care au încercat să surprindă transmisia transgeneraţională se numără Nicolas Abraham, Maria Torok, Ivan Boszormenyi-Nagy şi Murray Bowen şi Ancelin Schützenberger.

Ivan Boszormenyi-Nagy, **Maria Torok** şi **Nicolas Abraham** au descris fenomene ce ţin de inconştientul familial, cum ar fi loialitatea familială, cripta fantoma, secretele de familie care pot genera ceea ce în terapia transgeneraţională se numeşte patologia de transmisie transgeneraţională.

E. Granjon consideră moştenirea familială ca fiind structurantă pentru grupul familial. (A. Ciccone, 1999) Ea face diferenţa între **transmisia psihică intergeneraţională** şi **transmisia psihică transgeneraţională.** Transmisia psihică intergeneraţională se referă la obiecte, fantasme, poveşti, mituri familile integrabile în timp ce transmisia psihică transgeneraţională vizează nespusul, secretele, „fantomele" şi alte obiecte ireprezentabile. (A. Ciccone, 1999)

Murray Bowen în conceperea teoriei şi terapiei sale a ţinut cont de „tendinţa puternică de a repeta patternurile disfuncţionale ale conduitei emoţionale în generaţii succesive". (Mitrofan I., Vasile D., 2001) **Bert Hellinger**, terapeutul care a creat terapia numită **'constelaţii familiale'**, abordează capcanele sistemului familial punându-le în relaţie cu inconştientul familial. Metoda lui Bert Hellinger de a lucra cu punerea în scenă a constelaţiilor familiale aduce la lumină dinamica ascunsă care ne împinge să ne comportăm într-o anume manieră în familie. Astfel ne dăm seama că, uneori, adoptăm comportamente care nu ne aparţin. Dramele şi secretele familiale care fac parte din istoria propriei noastre familii pot determina destabilizări în sistemul familial de care nu ne dăm seama. Hellinger vorbeşte despre forţe ce ţin de sufletul nostru pe care el le numeşte „ordinele dragostei" şi care ne pot lega de destinul altuia. „Dragostea oarbă" trece dincolo de generaţii, spune el.

CAPITOLUL 2:
Abordarea transgeneraţională. Repere conceptuale

Aparent, ceea ce menţine membri unei familii împreună sunt miturile familiale, ritualurile şi regulile, care se transmit de la o generaţie la alta. Ce este, însă, dincolo de aceste mituri, ritualuri şi reguli? Legăturile complexe care leagă fiecare membru al unei familii de generaţia care a precedat-o îşi pun amprenta pe relaţiile acestuia cu cei care fac parte din spaţiul său de viaţă. Ele se exercită prin mecanisme în cea mai mare parte inconştiente dar şi prin mecanisme conştiente. Legăturile între copii şi părinţii lor sunt fundamentale. Copiilor le sunt transmise problemele rămase nerezolvate în inconştientul părinţilor şi al înaintaşilor lor. Teologul K. V. Zorin îl citează pe mitropolitul Antonie al Surojului care spune, «Fiecare generaţie moşteneşte de la toate cele dinainte caracteristici ale minţii, inimii, voinţei, particularităţi ale corpului, probleme rezolvate şi nerezolvate.» (K. V. Zorin, 2007) Partea de umbră a inconştientului familial **devine mâna destinului** în viaţa urmaşilor unei familii. La un moment dat îmi descopăr nişte temeri iraţionale, care nu se originează în nici un fel în trecutul meu. Oare de ce mi-am ales meseria pe care mi-am ales-o? De ce mi-am ales un anumit partener? Printr-o analiză a propriei genograme veţi descoperi că alegerea meseriei nu este întâmplătoare iar temerile pe care le aveţi uneori nu sunt străine de trecutul înaintaşilor voştri. „Fantomele" care se transmit, din generaţie în generaţie odată cu umbra familială nu trebuie împodobite cu o aură mistică. Conţinutul psihic manifestat prin „fantomă" nu ţine de istoria personală a individului ci ţine de istoria sa familială. Sabine Hargous într-un text despre şamanii din Anzi menţionează credinţa lor că „boala personificată trebuie înfruntată precum un duşman în carne şi oase. Ea este adesea identificată cu un bătrân al comunităţii." Această credinţă se corelează cu modul în care este descrisă „fantoma" în abordarea transgeneraţională. De multe ori boala unei persoane poate fi legată de loialitatea faţă de un înaintaş iar cazurile descrise de Anne Ancelin Schützenberger sunt relevante in acest sens.

Umbra familială conţine toate fricile, temerile, slăbiciunile şi secretele legate de acestea dar conţine şi soluţia.

Identificarea miturilor şi ritualurilor specifice unei familii, identificarea tipului de loialitate familială şi a secretelor corelate cu acestea ne permit o evaluare a dinamicii inconştiente a familiei, o analiză a rolurilor şi mecanismelor care permit ca scenariul familial să se deruleze şi să se transmită transgeneraţional.

- **Inconştientul familial.** J. L. Moreno este menţionat ca fiind primul care vorbeşte despre inconştientul familial şi grupal cu toate că alţi autori îl menţionează pe Leopold Szondi ca fiind cel care a introdus conceptul de inconştient familial. Cu toate că nu este menţionat în contextul abordării transgeneraţionale **L. Szondi** a avut o contribuţie foarte importantă în conturarea conceptului de **inconştient familial.** În urma cercetărilor privind familia el a făcut nişte observaţii care îl pot pune în rândul întemeietorilor domeniului psihoterapiei transgeneraţionale. Într-un eseu din 1937, **«Contribuţii la analiza destinului»**, el şi-a pus problema alegerilor maritale. De ce o persoană se căsătoreşte cu X şi nu cu Y? (Richard Hughes, 2004)
Szondi a plecat de la ideea că alegerile pe care oamenii le fac nu sunt întâmplătoare ci sunt influenţate de forţe inconştiente. A introdus termenul de inconştient familial intuind că în afara dimensiunilor personală şi colectivă a inconştientului există o a treia dimensiune care poate explica alegerile şi deciziile noastre. Dacă inconştientul familial se manifestă prin simptome şi inconştientul colectiv se manifestă prin simboluri, inconştientul familial se manifestă în deciziile pe care le luăm. Făcând o sinteză între genetică şi psihologia inconştientului el a anticipat concepte de bază în abordarea transgeneraţională. El asocia genele recesive latente cu inconştientul familial. În concepţia lui Szondi inconştientul familial se exprimă în forma polarităţii, adică acelaşi grup genetic exprimă atât trăsături normale cât şi anormale (R. Hughes, 2004).

În urma unor cercetări pe familii, folosind arborele genealogic, el surprinde mecanisme subtile ce ţin de dinamica inconştientă a unei familii. În acest sens el vorbeşte despre **proiecţia familială, introiecţia familială şi negarea familială. Proiecţia familială** se referă la transferul tendinţelor ereditare la descendent. (R. Hughes, 2004) **Introiecţia primară familială** se referă la manifestarea personalităţii unui înaintaş într-un descendent (ceea ce Boszormenyi-Nagy şi Torok au numit «fantoma») în timp ce **introiecţia familială de tip secundar** se referă la preluarea unei boli ereditare sau a unui mod de a muri de la înaintaşi. (R. Hughes, 2004) Szondi anticipează noţiunea de **secret familial** scriind despre negarea familială, adică negarea patologică a unor bolnavi psihic, a unor criminali care au făcut parte din familie. În mod paradoxal, observă el, tocmai aceste persoane ne seamănă cel mai mult. Studiind arborele genealogic al mai multor familii Szondi identifică repetiţii ale unor comportamente de alegere la mai mulţi membri ai aceleiaşi familii.

Conform lui Szondi inconştientul familial se manifestă în diferitele modalităţi de alegere ale persoanei. (F. Jüttner) El se referea la alegerea maritală, alegerea prietenilor dar şi la alegerea bolii şi a morţii. **Szondi abordează repetiţiile ca pe o manifestare compulsivă destinului.** (F. Jüttner) În eseul despre alegerile maritale apărut în 1937 el formulează o teorie a obiectului ales în funcţie de balastul genetic. Partenerii unui cuplu chiar dacă par diferiţi sunt atraşi unii de alţii în virtutea unei identităţi unice. (R. Hughes,

2004) Cum susţine şi Richard Hughes în «Return of the ancestors» noţiunea szondiană de balast genetic familial reprezintă un insight fundamental.

Argumentaţia predominant genetică în favoarea inconştientului familial explică probabil ignorarea lui Szondi de către pionierii domeniului transgeneraţional.

- **Loialitatea familială** este un concept-cheie în gândirea lui Ivan Boszormenyi-Nagy. El porneşte de la ideea că există o etică a relaţiilor transgeneraţionale. Încălcarea acestei etici determină dezechilibre transmise peste multe generaţii. Unitatea unui grup depinde de loialitatea membrilor lui. Lipsa de loialitate a unuia dintre membri grupului generează un dezechilibru pe care Boszormenyi-Nagy îl traduce prin injustiţie. În familie această injustiţie se traduce prin răzbunare, fugă, boli şi accidente. Boszormenyi-Nagy şi G. Spark, în cartea lor de referinţă „Invisible loyautés", au pus în evidenţă reguli de funcţionare familială bazate pe aşteptări reciproce. Există nişte datorii pe care fiecare membru al familiei le are faţă de grupul familial. În virtutea acestor datorii există şi o **«contabilitate familială»**, cum o numeşte Boszormenyi-Nagy. (Schützenberger, 1993) Aşadar, când vorbim despre loialitate familială vorbim şi despre datoriile pe care unul sau mai mulţi membrii ai unei familii le datorează înaintaşilor lor. Conceptul psihanalitic de **loialitate familială invizibilă** se referă la identificarea inconştientă cu un membru al familiei adesea decedat în mod tragic sau dispărut. (Schützenberger, 1993)
- **Piera Aulagnier** (1975) introduce termenul de **contract narcisic** stabilit între mamă şi copilul ei. (Albert Eiguer, 2006) Contractul narcisic îl pune pe copil în incapacitatea de a se sustrage destinului familial.
- Albert Eiguer vorbeşte despre **politica şi despre psihopatologia darului**. (Albert Eiguer, 2006) În legătură cu politica darului el se referă la capacitatea mamei de a crea în copilul ei un sentiment de culpabilitate şi sentimentul datoriei. Copilul resimte în permanenţă nevoia de a se achita de datorii. Maniera în care el se achită de aceste datorii este transgeneraţională. Neachitarea datoriilor într-o familie poate duce la instalarea unor comportamente şi situaţii repetitive transmise la nivelul inconştientului familial. Aici putem vorbi despre **psihopatologia darului şi a datoriilor.** Sentimentele profunde de vină îi pune pe unii dintre descendenţii unei familii să se ocupe atât de mult de părinţii lor încât propria independenţă este pusă sub semnul întrebării. Boszormenyi-Nagy a surprins acest fenomen introducând conceptul de **parentificare.** În cazul parentificării datoriile familiale sunt inversate, copiii devenind părinţii părinţilor lor. Este clasic exemplul fiului mai mare care preia la un moment dat rolul de cap al familiei în ciuda vârstei mici. Parentificarea implică o varietate de roluri, patternuri comportamentale şi procese interacţionale. Fiecare familie are modalitatea ei de a înţelege

loialitatea familială.(Schützenberger, 1993) Tranzacţiile nu se stabilesc numai în funcţie de regulile actuale ci şi în funcţie de „istoria colectivă".

- **Context şi nevroză de clasă.** Nevroza de clasă se referă la faptul că în virtutea fenomenului de loialitate familială un bun fiu sau o bună fiică se vor programa inconştient la eşec pentru a nu-i depăşi pe părinţii lor. Inconştient, există teama că promovarea socială şi intelectuală pot crea o ruptură şi o distanţă între cel care vrea să îşi depăşească clasa şi familia lui. Ei nu vor mai avea aceleaşi obiceiuri şi aceleaşi gusturi.

Fidelitatea faţă de înaintaşi devenită inconştientă sau invizibilă ne guvernează. E important să conştientizăm să înţelegem ceea ce ne obligă şi ceea ce ne guvernează.(Schützenberger, 1993)

- **„Cripta" şi „fantoma"**. „Cripta" şi „fantoma" au fost descrise de Nicolas Abraham şi Maria Torok, doi psihanalişti freudieni de origine ungară în eseurile ce compun volumul **«L'écorce et le noyau»,** eseuri ce au la bază experienţa lor clinică îndelungată. Printre descoperirile lor clinice se mai numără şi secretele familiale corelate cu ceea ce ei numesc **maladia doliului**. Toate aceste fenomene identificate în activitatea lor clinică au fost abordate în legătură cu trauma şi cu influenţa ei asupra dezvoltării psihice a individului. **Analiza criptonimică** introdusă de cei doi psihanalişti vizează situaţia traumatică camuflată în secret şi manifestată sub masca non-sensului, absurdului, incoerenţei. (N. Rand, 1987) Foarte important este faptul că cei doi psihanalişti au scos în evidenţă unele neconcordanţe între baza teoretică psihanalitică clasică şi practica clinică.

Abraham şi Torok modifică conceptul de identitate personală în psihanaliză descriind **identificarea endocriptică.** Identificarea endocriptică este procesul conform căruia ca urmare a pierderii traumatice a unui obiect subiectul îşi schimbă propria identitate cu cea a obiectului sau cu identitatea fantasmată a obiectului. (N. Abraham, Maria Torok, 1987) „Umbra obiectului se reîncarnează, astfel, în persoana subiectului." (A. Ciccone, 1999) Identificarea endocriptică are ca scop menţinerea obiectului pierdut în prezent.

Un aspect patologic al identificării este descris de **André Green** care se referă la **complexul mamei moarte.** Identificarea cu depresia maternă este mecanismul de bază al acestui complex. Mama absentează în relaţie cu copilul ca urmare a unei pierderi în raport cu care are nevoie de un doliu. Aşadar, «...ca urmare a depresiei materne copilul transformă brusc obiectul viu, sursă a vitalităţii lui, într-o figură îndepărtată, aproape neînsufleţită» (A. Green, apud. Michel Hanus, 2007) Copilul se confruntă în aceste situaţii cu aceeaşi lipsă de sens pe care o trăieşte şi mama. După Michel Hanus (2007) **complexul mamei moarte** este o situaţie de doliu imposibil.

Secretul, ceea ce este nespus blochează introiecţia şi dezvoltarea individului favorizând identificarea proiectivă.

Abraham şi Torok au avut pacienţi care prezentau comportamente incoerente în raport cu modul lor de a fi. Familiile lor au întărit aceste observaţii explicând că, în mod real, rudele lor au acţionat ca şi cum ar fi fost altcineva. Descendentul purtător al criptei a

fost denumit **criptofor.** (Abraham, Torok, 1987) **După Abraham şi, Torok 'fantoma' este o formaţiune a inconştientului care nu a fost niciodată conştientă şi care se transmite din inconştientul părintelui în inconştientul copilului.**(Abraham, Torok, 1987) „Fantoma" care revine este dovada existenţei unui mort îngropat în altul. Apariţia ei indică efectele asupra descendentului a ceea ce pentru părinţi a fost o catastrofă narcisică.(Abraham, Torok, 1987) „Fantoma" se manifestă ca şi cum ar fi ieşit dintr-un mormânt prost închis al unui înaintaş, după o moarte dificil de acceptat sau un eveniment de care le este teamă. Incest, boală ruşinoasă, închisoare sau cineva care a fost discreditat. (Schützenberger, 1993). Secretele înmormântate se pot referi la o plăcere nepermisă sau la o mare suferinţă, un delict, o crimă. Un membru al familiei înmormântează acest secret în inimă, în corp. Refuzul doliului face ca fantoma să iasă şi să reacţioneze după una sau două generaţii. **Abraham şi Torok sunt de părere că lacrimile care nu au putut fi vărsate, cuvintele care nu au putut fi spuse, scenele care nu au putut fi rememorate sunt conservate undeva, într-o zonă de clivaj a Eului.** Se crează o **criptă psihică**, aşa cum spun Abraham şi Torok. Secretul este ţinut nu pentru protecţia subiectului ci pentru protecţia obiectului iubit, unul dintre înaintaşi. « Soluţia subiectului criptofor este să anuleze efectul ruşinii... » (Abraham.Torok, 1987)

> **„Cripta" presupune antrenarea unor fantasme de incorporare, care asemenea unei magii oculte recuperează obiectul-plăcere pierdut şi interzis, instalându-l în interiorul sinelui ca o compensare pentru plăcerea pierdută şi lipsa introiecţiei.** (Nachin, 1995) Incorporarea este un concept foarte important la Abraham şi Torok. Ei fac deosebirea între introiecţie şi incorporare. **Incorporarea corespunde unei fantasme iar introiecţia unui proces.** Ea e legată de refuzul doliului şi fantasma de incorporare trădează un gol în psihism.(Abraham, Torok, 1987) Doliul nefăcut crează în interiorul subiectului un mormânt secret, cripta. **«Un lucru este sigur: «fantoma» sub toate formele ei este o invenţie a celor în viaţă. O invenţie în sensul în care ea trebuie să obiectiveze într-un mod halucinatoriu, individual sau colectiv, lacuna creată prin ocultarea unei părţi din viaţa obiectului iubit.»** (Abraham, Torok, 1987)

Din perspectivă transgeneraţională, o persoană care suferă din pricina unei 'fantome' care iese din criptă, suferă de **„maladia genealogică familială"**, de o loialitate familială inconştientă, suferă de consecinţele unui NESPUS devenit secret.

După Abraham şi Torok, cripta şi fantoma se instalează la un descendent, în urma unui traumatism legat adesea de evenimente nedrepte şi dureroase. Reîntoarcerea sa periodică se manifestă în simptomele care apar la un moment dat la un descendent.

Edith Goldbeter Merienfeld a surprins, în practica sa terapeutică, un fenomen care este foarte relevant pentru modalitatea în care poate funcţiona o fantomă în sistemul familial. Referindu-se la o şedinţă cu o familie pe care o avea în terapie Merienfeld spune „...am avut sentimentul că scaunele rămase neocupate în timpul unei şedinţe pot aparţine celor absenţi aşa cum, în lojă, anumite fotolii aparţin unui strămoş dincolo de timp." (La thérapie familiale en changement, 1999) Senzaţia pe care Merienfeld a avut-o în legătură cu asemănarea între unul dintre scaunele rămase goale, într-o şedinţă terapeutică cu o anumită familie, şi o doamnă dispărută despre care familia îi vorbise a dus-o la

conştientizarea importanţei pe care o poate avea o persoană dispărută în echilibrul unei familii. „...un element îi unea: defuncta doamnă M. O mare doamnă care chiar şi la o vârstă înaintată avea un rafinament aparte. Aspectul preţios şi de neuitat al acestei doamne ne-a atins foarte tare. Deodată mi-a atras atenţia un scaun gol care se afla în mijloc. Scaunul era acoperit cu velur roşu de foarte bună calitate fixată cu cuie aurite în lemn. Era vorba despre un scaun preţios şi rafinat. Mi-a apărut ca o reîncarnare a doamnei M." (La thérapie familiale en changement, 1999) Din acel moment Merienfeld a luat-o în considerare şi pe d-na M. în abordarea terapeutică a familiei respective.

În acest mod poate funcţiona o fantomă într-un sistem familial, de multe ori asigurând echilibrul familiei.

- **Obiectul transgeneraţional.** Alberto Eiguer introduce conceptul de obiect transgeneraţional. Când vorbeşte despre obiectul transgeneraţional A. Eiguer se referă la un înaintaş, un bunic sau un părinte, un unchi, o mătuşă care generează fantasme şi provoacă identificări la unul sau la mai mulţi membri ai familiei. Obiectul transgeneraţional este un obiect investit. (A. Eiguer, 1999) «Camera copilului imaginat poate fi bântuit de «fantome» (Fraiberg, 1975) a căror prezenţă e legată de biografia părinţilor: este vorba despre secrete de familie care se exprimă cu uşurinţă încă de la începutul sarcinii sau în orice caz îndată ce mama poate vorbi despre asta, când îşi poartă copilul în braţe.» (Lebovici, 2006) Lebovici spune în legătură cu fantasmele mamei, « Astfel, fantasmele materne care se instituie în cursul acordării îngrijirii copilului real şi imaginat constituie o bază esenţială pe care copilul va putea să-şi constituie propria istorie, care se va sprijini în special pe memoria episodică; interacţiunile fantasmatice reprezintă astfel baza a ceea ce un copil va putea să povestească despre trecutul lui...» (Lebovici, 2006)

Cum poate fi investit un obiect fără a fi văzut sau cunoscut ? Un răspuns îl dă A. Ciccone care scrie, **«identificarea în general şi identificarea proiectivă în particular reprezintă calea regală a transmisiei psihice inconştiente.»** (A. Ciccone, 1999) Moştenirea transgeneraţională constituită din elemente neprelucrate şi neelaborate transmise în cadrul unei istorii lacunare este marcată de trăiri traumatice, de INTERZIS şi de NESPUS, susţine E. Granjon. (Fustier, Aubertel, 1999) În raport cu obiectul transgeneraţional se crează nişte legături care vin să substituie relaţiile disfuncţionale cu părinţii.

Eiguer încearcă o clasificare a acestor obiecte:

– **obiecte-gardian** a căror încărcătură în raport cu psihismul părinţilor necesită o elaborare particulară

– **obiecte idealizate** care generează şi întreţin conduite de datorii

– **obiecte purtătoare de secrete ruşinoase** care crează goluri în istoria familială. (A. Eiguer, 1999)

- **Mitul familial** este un concept foarte important în abordarea inter-şi transgeneraţională. După Ferreira şi J. Bying Hall, **mitul este un discurs unitar care acordă tuturor membrilor familiei roluri rigide ce pot fi înţelese ca echivalente, la nivel sistemic, cu mecanismele de apărare la nivel individual.** Sunt numeroase şi diferite, specifice pentru fiecare familie.

În spațiul psihologiei există puține referințe la mit. După Neuburger, Ferreira folosește varianta extinsă a cuvântului mit. Mitul acoperă în același timp credințele privind grupul în ansamblul său (imaginea grupului) și convingerile privind rolul fiecărui membru al familiei. „Selvini...demonstrează că mitul este cel care nu se poate aborda, despre care nu putem vorbi în familie fără să provocăm reacții de respingere." (Neuburger, 2006)

„După părerea mea mitul familial este o reprezentare împărtășită de membrii grupului, a grupului în sine ca ansamblu și de relațiile sale cu lumea. Mitul generează reguli de funcționare, adică convingeri privind rolul pe care fiecare trebuie să și-l asume în familie, care ne dă indicații asupra mitului, el însuși nefiind decât involuntar dezvăluit." (Neuburger, 2006)

Ca urmare, atunci când punem întrebarea: „Care este mitul vostru familial?", răspunsurile se situează la nivelul regulilor, normelor: „În familia mea ne respectăm părinții.", alții spun „În familia mea trebuie să facem studii." (Neuburger, 2006)

„În ciuda importanței sale pentru structurarea familiei, mitul prezintă inconvenientul de a ține de domeniul nespusului. Cu cât familia este mai rigidă cu atât mai mult este mai închisă. Ritualul care este complementul mitului este mult mai accesibil." (pag. 16)

Mitul familial exprimă convingeri împărțite care privesc pe de o parte membri familiei și pe de altă parte relațiile lor. Aceste convingeri trebuie acceptate a priori în ciuda falsificărilor flagrante. Mitul familial prescrie roluri și atribuții ale membrilor în tranzacțiile lor reciproce. False sau iluzorii aceste roluri sau atribuții sunt acceptate de fiecare ca un lucru sacru și tabu pe care nimeni nu îndrăznește să-l examineze. (Ferreira apud M. Selvini Palazzoli, 1980). Un membru al familiei poate ști că este, de fapt, vorba despre o imagine falsă dar el păstrează acest lucru ca pe un secret. Individul este înainte de toate cel care suferă. El se va opune cu toată forța dezvăluirii. Refuzând să-i recunoască existența el va face tot ceea poate pentru a păstra intact mitul familial.

Robert Neuburger vorbește despre **mitul familial** în legătură cu credințele manifestate în caracteristicile și specificitățile grupului familial. Aceste credințe privesc toate nivelurile realității familiei.

După Neuburger există două lumi care sunt în interacțiune în cadrul unei familii. Este vorba despre lumea miturilor și lumea ritualurilor. (Neuburger, 1989)

- **Ritualul familial.** Din punct de vedere formal este vorba despre o acțiune sau de o serie de acțiuni, la care participă toți membrii familiei. Aceste acțiuni sunt însoțite de formule sau expresii verbale. (Selvini Palazzoli, 1980) Ritualurile familiale pot fi mai ușor identificate decât miturile familiale pentru că ele se exteriorizează prin comportament. **„Este vorba despre o secvență repetitivă de interacțiuni cu efecte previzibile."** (Moroy, 1989) Ritualul are un aspect constrângător având valoare de ordine. Ele sunt rar asumate și capătă conotații de obișnuințe. Adesea, ritualurile sunt expresia miturilor familiale. Una dintre funcțiile foarte importante ale ritualului este aceea de a menține homeostazia. Din acest motiv, în situații de criză, ele se întăresc sau sunt create alte ritualuri.

În societățile tradiționale și în toate religiile ritualurile reprezintă evocarea a ceva transcendent. Obișnuințele și convențiile sociale nu reprezintă decât ritualuri

desacralizate. O variantă aparte a ritualului familial este **ceremonialul**. Ceremonialul presupune o dată precisă, o reuniune de familie lărgită şi transgeneraţională, o sărbătoare, o comemorare. Are aceeaşi funcţie de constrângere ca şi ritualul.

Tisseron (1999) este de părere că miturile şi ritualurile familiale sunt mijloacele prin care se realizează familiarizarea progresivă a membrilor familiei cu un eveniment a cărui introiecţie este încă imposibilă.

- Reprezentarea transgeneraţională se deosebeşte de mitul familial care corespunde unei fantasme conştiente. După A. Eiguer reprezentarea transgeneraţională este o reconstrucţie fantasmatică inconştientă la care aderă toţi membri familiei. „Familia transgeneraţională fantasmată" poate avea un rol structurant sau destructurant. (apud. A. Ciccone, 1999)
- **Transmisia multigeneraţională**. În abordarea transgeneraţională a familiei un rol important l-a avut şi **Murray Bowen**. El a scris despre **procesul de transmisie multigeneraţională**, adică despre tendinţa puternică de a repeta pattern-urile disfuncţionale ale conduitei emoţionale în generaţii succesive... (Hall, 1981, apud I. Mitrofan, D. Vasile, 2001). El introduce nişte concepte-cheie pentru abordarea transgeneraţională. **Diferenţierea sinelui, triangularea, scurtcircuitarea emoţională, procesul de proiecţie familială, poziţia fraţilor, sistemul emoţional specific familiei nucleare** sunt de luat în considerare pentru analiza rolurilor, care reprezintă o etapă importantă în evaluarea transgeneraţională a familiei.

Diferenţierea sinelui. „Diferenţierea sinelui se referă la gradul relativ de autonomie pe care îl poate avea un individ în acelaşi timp în care este în relaţie semnificativă cu ceilalţi." (pag. 120, Mitrofan I., Vasile D., 2001) Bowen susţine că un individ poate avea în raport cu familia sa un nivel de diferenţiere a sinelui mai mare sau sau mai mic. Acest nivel de diferenţiere îşi pune amprenta asupra modului său de a fi în grup, asupra modului său de a-şi alege un partener. Un individ cu nivel mare de diferenţiere a sinelui nu va ceda presiunii grupului şi nu va avea probleme în a-şi susţine o opinie.

Triunghiul. Triunghiul reprezintă cel mai stabil sistem emoţional într-o familie pentru că tensiunea acumulată se poate dispersa la cei trei membri ai acestuia. Bowen a pus în evidenţă dinamica unui astfel de triunghi. Rolurile se pot schimba permanent în funcţie de alianţele care se crează. Rolul ţapului ispăşitor poate fi deţinut de unul dintre membri tringhiului în momentul în care ceilalţi doi fac o alianţă. Întotdeauna există poziţia ţapului ispăşitor într-un asemenea sistem. Dacă tensiunea creşte foarte mult în diadă atunci această se va rupe şi unul dintre membri diadei va face o nouă alianţă în aşa fel încât celuilalt membru al diadei să-i rămână rolul de ţap ispăşitor.

Procesul emoţional specific familiei nucleare se referă la modalităţile de relaţionare, la nivel emoţional, între părinţi şi copii. Bowen descrie patru mecanisme care intră în funcţiune în cadrul unei familii atunci când anxietatea devine prea mare. (Mitrofan I., Vasile D., 2001) Unul dintre aceste mecanisme este **distanţa emoţională**, care intră în funcţiune atunci când anxietatea creşte foarte mult într-o familie fuzională. **Conflictul marital** reprezintă un alt mecanism de scădere a anxietăţii. Atunci când gradul de anxietate creşte foarte mult la fiecare dintre cei doi soţi, anxietatea lor se revarsă în relaţia maritală. Fiecare dintre cei doi soţi încearcă să se centreze pe ceea ce este rău cu celălalt, încearcă să-

l controleze pe celălalt. Următorul mecanism descris de Bowen se referă la **relaţia între unul dintre părinţi şi unul sau mai mulţi copii.** Unul dintre soţi poate face faţă anxietăţii sale concentrându-se asupra unuia sau mai multor copii. Cu ajutorul acestui mecanism soţii pot evita problemele relaţionale. Aşa pot apărea relaţiile fuzionale între un părinte şi copilul lui. Celălalt părinte poate lua distanţă. Un mecanism de acest tip, care vizează ataşamentul excesiv părinte-copil şi care se poate transmite transgeneraţional a descris şi Mara Sevini Palazzoli, numindu-l **Imbroglio relaţional**. Există un alt mecanism care constă în dezvoltarea unor roluri compensatorii la partenerii de relaţie maritală. Acest mecanism are la bază **disfuncţionalitatea pe care o poate manifesta unul dintre soţi în relaţie**. Celălalt soţ dezvoltă un rol care să compenseze această disfuncţionalitate.

Scurtcircuitarea emoţională se referă la posibila separare emoţională a unuia dintre membri familiei ca reacţie a intensităţii fuzionale foarte puternice. Deşi se pare că acest lucru rezolvă „problema" acest membru al familiei care se distanţează emoţional poate rămâne vulnerabil la alte relaţii fuzionale sau, spunem noi, la dependenţe de obiecte şi de subtanţe.

Poziţia de frate sau de soră se referă la importanţa poziţiei pe care o are fiecare membru al familiei. Poziţia de frate mai mic sau de soră mai mare, de exemplu, induce anumite comportamente, din partea celorlalţi membri ai familiei, care influenţează nivelul de diferenţiere a sinelui şi, bineînţeles, dezvoltarea ulterioară a individului. Putem pune acest concept al lui Bowen în legătură cu importanţa pe care o acordă Bert Hellinger locului şi rangului pe care fiecare membru al familiei îl are. Inversarea locului şi rolului, pe care un membru al familiei îl are la un moment dat, poate produce dezechilibre familiale puternice care nu dispar decât odată cu refacerea ordinii.

Procesul emoţional social este un concept-cheie al lui Bowen. (Mitrofan I., Vasile D., 2001) El se referă la faptul că modalităţile de interacţiune familială se reflectă la nivel social. Este vorba despre o regresie socială, ca reacţie la stresul şi anxietatea legate de condiţiile sociale defavorabile (ex. şomajul) „Din pricina stresului cronic, atât societatea cât şi familia pierd contactul cu pricipiile sistemului lor intelectual, acţionând în virtutea sistemului lor emoţional pierzându-şi astfel obiectivitatea." (Mitrofan I. Vasile D., 2001)

Transmiterea multigeneraţională se referă la tendinţa de transmitere a conduitei emoţionale disfuncţionale de la o generaţie la alta. (Hall apud I. Mitrofan, 2001) Acest proces de transmitere are ca efect nivele de diferenţiere a sinelui foarte scăzute la cei mai tineri membri ai familiei extinse. Cum spune Witaker pentru a crea un schizofren este nevoie de multe generaţii. Aşadar, repetiţia din generaţie în generaţie accentuează disfuncţia la membri mai tineri, atingând maximum de disfuncţionalitate la acel membru al familiei care prezintă simptomul.

- **Bert Hellinger şi constelaţiile familiale.** Bert Hellinger este psihoterapeutul care a dezvoltat metoda de intervenţie psihoterapeutică numită **„constelaţiile familiale"**. Abordarea lui Bert Hellinger este în acelaşi timp sistemică şi fenomenologică. Acest tip de abordare surprinde foarte bine dinamica transmisiei transgeneraţionale a inconştientului familial. El introduce termenii de **intricaţie familială** şi **„ordinele iubirii"**. Hellinger pune intricaţiile familiale în legătură cu evenimente tragice pe care membrii familiei le aruncă,

de obicei, în uitare. Sunt evenimente foarte dureroase care, în mod paradoxal, se manifestă în dinamica familială peste generaţii tocmai atâta timp cât funcţionează ca secrete familiale. El inventariază astfel de evenimente:

- moartea prematură a unui copil;
- copil născut mort;
- copil care a trebuit să fie abandonat;
- membrii familiei morţi în război;
- membrii familiei morţi în război;
- violenţă;
- handicapuri ale unor membrii ai familiei;
- maladii grave;
- maladii ereditare sau suferinţe cronice;
- sinucidere;
- o vină apăsătoare;
- deportare;
- expulzie;
- adopţie;
- ex-parteneri morţi;
- moartea unei femei la naştere;

(pag. 21, Constanze Potschka Lang, 2001)

Toate aceste evenimente produc în sistemul familial ceea ce Hellinger numeşte **intricaţii**, care se transmit peste generaţii. Hellinger atrage atenţia asupra faptului că excluderea şi ignorarea determină intricaţii familiale. (B. Hellinger, 2001) **„Ordinele iubirii"** sunt descrise de Hellinger ca reguli fundamentale pe care le putem observa în toate sistemele familiale. Cineva poate urma pe altcineva în moarte, de exemplu, în virtutea acestor „ordine ale iubirii". Loialitatea familială despre care am vorbit mai sus se manifestă tot în virtutea acestor reguli ale sistemului familial. Cineva poate prelua ceva din destinul unui înaintaş fără ca el să fie conştient de acest lucru. Astfel, la un moment dat, se poate îmbolnăvi de o boală semnificativă pentru sistemul familial din care face parte, se poate sinucide sau poate întrerupe legăturile cu familia din care face parte. Toate acestea sunt modalităţi de autoexcludere din sistemul familial. Autoexcluderea se poate întâmpla în virtutea „ordinelor iubirii".

El descrie **trei dinamici** care pot fi foarte uşor observate:

- **eu te urmez („Je te suis");**
- **mai degrabă eu decât tu („Plutôt moi que toi");**
- **ispăşirea unei vini personale sau mai degrabă a unei vini care aparţine altuia (expier une faute);** (Bert Hellinger, 2001)

„Eu te urmez" se referă la faptul că o persoană se simte împinsă să meargă pe urmele unui alt membru al sistemului familial. „Eu te urmez în boală" sau „Eu te urmez în moarte" sunt variaţiuni ale aceleiaşi dinamici.

„Mai degrabă eu decât tu." se poate observa în următorul exemplu. Dacă unul dintre părinţi „intenţionează" să părăsească familia din motive sistemice, fiind tentat să

urmeze un alt membru al familiei (pe mama sa moartă, de exemplu), atunci unul dintre copii se poate manifesta ca şi cum ar spune „Mai degrabă eu decât tu." (Constanze Potschka Lang, 2001) Tânărul va încerca să „dispară" în locul părintelui. Se poate apuca de consumul de droguri, de exemplu. După Hellinger, „Mai degrabă eu decât tu" este o consecinţă directă la „Eu te urmez."

„A ispăşi o vină." O altă dinamică se referă la ispăşirea unei vini. Un individ care a făcut un rău fizic sau psihic unei persoane cu care se află în relaţie produce un dezechilibru în relaţie şi automat impulsul de a reface echilibrul. În general, cel care a produs dezechilibrul fuge de confruntarea cu victima sau cu propria lui vină, însă, în inconştientul familiei lui se va transmite acel impuls de refacere a echilibrului. Rolul de a reface echilibrul poate reveni unuia dintre urmaşii lui. Astfel, acest urmaş va ispăşi vina în locul lui.

În majoritatea cazurilor de intricaţie familială avem de-a face cu fenomenul de identificare. Un membru al familiei se poate identifica inconştient cu un înaintaş şi se poate comporta ca el.

Constelaţiile familiale este metoda terapeutică iniţiată şi dezvoltată de Bert Hellinger. Hellinger şi-a definit metoda ca fiind o psihoterapie fenomenologică. După părerea lui acestă metodă nu poate fi învăţată ci prinsă prin experienţă pentru că ea nu se întemeiază pe nici o şcoală şi nici nu poate crea o şcoală. „...eu mă expun cu toată fiinţa mea unui context pe care nu-l pot sesiza în întregime pentru că mă depăşeşte. Renunţ la dorinţa de a ajuta sau de a demonstra ceva. Încerc să fac faţă la ceea ce poate ieşi din adâncuri." (Bert Hellinger, 2001)

După Bert Hellinger, „Obiectivul unei constelaţii nu este acela de a elimina un simptom ci de a reda unei persoane locul său în familie în aşa fel încât să se poată reintegra cu toată energia sa pozitivă."(Potschka-Lang, 2001) Bert Hellinger descrie regulile fundamentale care guvernează toate sistemele familiale, numindu-le „ordinele iubirii". Aceste reguli nu sunt transmise verbal şi nu sunt dictate de la o generaţie la alta pentru că ele sunt în mare parte transmise inconştient.

Terapia lui Hellinger are în vedere următoarele reguli ale sistemelor familiale:

- **într-un sistem familial fiecare este legat de celălalt**.
- **fiecare are dreptul la a aparţine sistemului familial**. Tendinţa de excludere a unui membru al familiei se va resimţi peste generaţii. De obicei se încearcă excluderea unor persoane de care sunt legate evenimente dureroase. A nu vorbi despre această persoană şi despre eveniment înseamnă a o exclude.
- **fiecare membru al familiei are locul şi rangul său**. Această regulă are de-a face tot cu fenomenul de excludere. Confiscarea locului şi rolului unui membru al familiei înseamnă excludere. Există o ierarhie cronologică într-o familie, care trebuie respectată chiar dacă unul dintre membri este decedat. Acest principiu se aplică şi în cazul în care un membru al familiei are o a doua soţie. Trebuie, neapărat, respectat locul primei soţii.
- **membri excluşi sunt întotdeauna reprezentaţi**. Excluderea sau trecerea în uitare a existenţei unuia dintre membri familiei va determina o tensiune care nu va dispărea decât atunci când această pierdere va fi compensată. Unul dintre membri familiei se va identifica inconştient cu persoana exclusă.

Date fiind aceste reguli este necesar ca la începutul unei astfel de terapii să fie identificate evenimentele decisive dintr-o familie. Au existat sinucideri, accidente, boli grave? Toate persoanele care au participat la aceste evenimente sunt considerate ca amenințătoare de unde și tendința către excludere. Acestea sunt considerate ca fantome care acționează și în prezent asupra inconștientului unei persoane. (Didier Dumas apud Potschka-Lang, 2001) Bert Hellinger explică această perpetuare a fantomelor printr-o „conștiință de clan care depășește individul și care veghează ca această persoană să nu fie exclusă." (Potschka-Lang, 2001) Din clan pot face parte copiii, părinții, bunicii, ex-soțiile, soțiile sau logodnicile tatălui, soții sau logodnicul mamei. Conștiința de clan nu va tolera niciodată excluziunea. Dacă vreunui membru al clanului i s-a făcut un rău atunci există o nevoie imperioasă de a restabili echilibrul. Nedreptatea făcută unuia dintre membri clanului se va resimți câteva generații mai încolo. Unul dintre membri familiei va trăi un eveniment asemănător și acest lucru se va întâmpla până ce ordinea va fi restabilită. Hellinger vorbește în acest sens de „compulsie către repetiția sistemică". (Hellinger, 2001) Dar după cum spune și el repetiția nu va restabili niciodată ordinea.

În urma reconstituirilor familiale (refacerea constelațiilor familiale), realizate în scop terapeutic, ies la iveală ceea ce Hellinger numește **intricații sistemice.** „Intricația familială sau sistemică împinge un membru al familiei la o legătură inconștientă cu un alt membru al familiei, înaintaș." (Bert Hellinger, 2001) De obicei acest membru al familiei a fost exclus din familie. Bineînțeles problema se poate rezolva redându-i acestei persoane locul în familie. Persoana exclusă își reia locul și imaginea familiei se schimbă. În momentul în care unul dintre înaintași și-a reluat locul influența sa nefastă încetează să mai acționeze.

Cum se poate restabili ordinea și echilibrul? O modalitate este redarea locului în sistemul familial a persoanei excluse. În legătură cu restabilirea echilibrului Bert Hellinger abordează răzbunarea și spune „Cine se crede prea bun pentru a face rău distruge relația" (Bert Hellinger, 2001) O răzbunare poate restabili echilibrul într-un sistem familial. Atunci când „strategia" mea relațională este iertarea permanentă înseamnă că automat prefer poziția de superioritate în raport cu celălalt. Odată pierdută egalitatea în relație, aceasta cu greu mai poate fi restabilită. Dacă ceea ce împiedică restabilirea echilibrului sunt motive religioase sau ideologice dezechilibrul va fi la fel de mare.

O constelație este tot timpul orientată către găsirea unei soluții. Asta vrea să spună că terapeutul sau animatorul are ca obiectiv reinstaurarea unei oarecare ordini și nu tranșarea problemei. În prima fază sunt identificate rapid structurile de relații sistemice pentru ca în etapa a doua să se încerce restabilirea ordinii sistemului. Soluțiile în terapia lui Hellinger au după cum spune el ceva dintr-un ritual.

CAPITOLUL 3:
Repere conceptuale transgeneraţionale în contextul T.U.

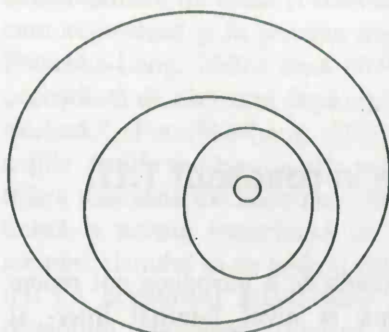
Experienţa clinică în cadrul T.U. ne-a pus în situaţia de a introduce noi repere conceptuale care să surprindă dinamica umbră-persona la nivel familial inter- şi transgeneraţional.

- **Mitologii familiale şi mitologii comunitare.** Vorbind despre miturile lumii moderne M. Eliade se referă la mituri ca la „...expresia unui mod de a fi în lume..." (M. Eliade, 1991) Aşadar, **mitologiile familiale** se referă la modalitaţile transmise de fiecare familie de a fi în lume ca femeie, ca bărbat, ca şi cuplu căsătorit, la sexualitate. Toate aceste modalităţi de a fi în lume specifice unei familii influenţează pe fiecare dintre noi. Mitologiile familiale se referă la toate miturile legate de căsătorie, de alegerea unui partener, de tipul de bărbat sau tipul de femeie aleasă, de sexualitate şi manifestarea ei, de naşterea copiilor sau de alegerea unei profesii. Comunitatea şi familia proprie participă la crearea unei poveşti care pe lângă scenariul personal de viaţă ne arestează într-o matrice din care uneori s-ar putea să nu ieşim niciodată. Ann Teachworth (2006) vorbeşte despre efectul posthipnotic care ne „ghidează" alegerile profesionale, parteneriale şi de altă natură. Este important să devii conştient de mitologia specifică comunităţii în care trăieşti. Mitologiile familiale interferă, bineînţeles, cu mitologiile comunitare. Aşteptările familiale au legătură şi cu aşteptările comunităţii în care trăieşte familia.

„Nimeni nu s-a gândit să asimileze funcţia mitologiei cu rolul instrucţiei pentru că se neglija una din notele caracteristice ale mitului aceea care consistă tocmai în crearea de modelele exemplare pentru întreaga societate." (Mircea Eliade,1991) Eliade se referă şi la mitologia difuză care propune adolescenţilor europeni numeroase modele de imitat. Vorbind despre aceste modele el se referă şi la eroi de romane, eroi de film şi noi adăugăm actorii, eroii jocurilor pe calculator, etc. Putem vorbi, în acest sens despre o **mitologie mass-media** care ne afectează iniţierea şi dinamica relaţională. Când scrie despre mitologia difuză, Eliade se referă la laicizarea, degradarea şi camuflarea miturilor.

- **Tema-nucleu**. Temele-nucleu sunt vectorii dinamogeni ai scenariilor transgeneraţionale, antrenând repetiţii şi restructurări specifice ale rolurilor polarizate transfamilial. (Iolnda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005) Temele-nucleu care caracterizează o familie la un moment dat se asociază cu miturile şi ritualurile familiale care au prezervat familia şi au o conotaţie arhetipală. Ele concentrează

polaritățile neintegrate între care oscilează membrii familiei la un moment dat. În jurul temei-nucleu sunt constelate **evenimentele-metaforă** ce pot fi identificate la un moment dat într-o istorie familială transgenerațională.



Tema nucleu

Evenimentele metaforă

În experiența noastră clinică am identificat teme-nucleu cum ar fi **înrădăcinare vs. dezrădăcinare, slăbiciune vs. putere, supraviețuire vs. moarte** care vor fi prezentate pe larg în alt context.

Scenariile analizate și restructurate prin dramagenogramă cu numeroși clienți atrag atenția asupra unor **teme–nucleu cu caracter specific, dar și general, care configurează evoluția arborilor psihogenealogici.** În lucrul cu dramagenograma unificatoare este important să le avem în vedere, pentru că procesul terapeutic capătă astfel coerență și rigoare în desfășurare. (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)

În experiența noastră am întâlnit în mod frecvent două teme-nucleu: înrădăcinare vs. dezrădăcinare și slăbiciune vs.putere.

- **Evenimente-metaforă**. Alegerea unei meserii, alegerea unui tip de partener, o anumită acțiune sau boală somatică pot fi expresii simbolice corelate cu tema-nucleu. Pornim, așadar, de la ideea că **orice eveniment (acțiune, accident, boală psihică sau somatică, etc.) din istoria personală sau transgenerațională a individului poate reprezenta o metaforă în raport cu tema familială și îndrăznim să spunem cu logica destinului individului.** Planurile simbolice nu reprezintă decât domeniile de viață în care se pot manifesta aceste evenimente-metaforă. Există anumite evenimente care se se întâmplă de când lumea în viața oamenilor. Povestea lui Iov este foarte relevantă în acest sens. El este deposedat de bunurile materiale, de familia lui și în final este atins de boală (pierderi). De exemplu, un bărbat care are ca soție o femeie dominatoare foarte puternică și rece (nu întâmplător supranumită „generalul") are meseria de fierar și se ocupă cu prelucrarea fierului (prelucrarea fierului presupune întâi încălzirea lui). După cum se observă există o sincronicitate în manifestarea acestor multiple planuri simbolice. Alegerea meseriei și alegerea partenerei în cazul fierarului sunt acțiuni sincrone. Ne putem gândi la o astfel de temă familială ca la o temă muzicală care se menține în ciuda variațiunilor în diferitele registre muzicale.
- **Prin pasaje identitare** înțelegem acele perioade în care un individ are nevoie de confirmare familială și socială a existenței sale biologice, sociale și spirituale.(Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)

Pasajele identitare sunt provocări existențiale de dezvoltare. Tema lor poate fi un prilej de integrare a unor importante calități ce pot ține de partea de Umbră familială sau de depășire a unor probleme repetitive care blochează evoluția filonului transfamilial. Prin membrii săi, un arbore psihogenealogic **se poate redeschide și îmbogăți** prin noi

strategii de adaptare sau de răspuns somatic, psihologic şi spiritual sau, dimpotrivă, **se poate ancora în ciclicităţi** vicioase, păgubitoare şi aducătoare de suferinţă.(Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)

- **Obiect-fantomă.** Înţelegem prin „obiect-fantomă" orice obiect investit (persoană, spaţiu habitual, locaţie, rol, obiect-simbol), cu care un individ a întrerupt relaţiile în absenţa unui ritual de separare.(Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)
- **Rolurile-cheie.** Rolurile-cheie sunt acele roluri cu semnificaţie primordială în menţinerea temelor şi miturilor familiale.
- **Scenariile-capcană şi dinamica lor.**

Un scenariu-capcană se constituie pe măsura dezvoltării individului şi la „scrierea" sa participă persoane semnificative, cunoscute sau necunoscute, din viaţa acestuia. Cine ar putea fi aceste persoane necunoscute? Un unchi care s-a rupt de familie când era tânăr, o străbunică ce a călătorit prin toată lumea, un bunic ce a făcut închisoare, o mătuşă care a murit la naştere ...Toate aceste persoane „pot participa" la scrierea unui scenariu-capcană în care individul poate avea un rol bine definit dar de care el nu este conştient. Dacă în exemplul de mai sus ne-am ocupat de modul în care poate funcţiona un scenariu-capcană la nivel conştient acum trebuie să menţionăm că **nucleul-capcană al unui scenariu se constituie şi funcţionează la nivel inconştient.** Astfel, **una dintre caracteristicile unui scenariu-capcană este aceea că poate fi transmisibil, intergeneraţional şi transgeneraţional.**

Pe măsură ce scenariul-capcană se conturează individul începe să-şi experimenteze şi să-şi exerseze rolul, fiind în relaţii-capcană cu cei care participă la scenariu. El caută, în acelaşi timp, confirmarea în rolul pe care pe care şi l-a „asumat". Cu cât confirmarea este mai puternică cu atât rolul se instalează mai rigid iar mecanismele de funcţionare ale capcanei devin mai sofisticate. X, de exemplu, caută confirmarea acelui scenariu în care el este bărbatul-şef care ştie ce vrea şi este neînduplecat. În ce context o fi fost iniţiat acest scenariu? Putem face nişte ipoteze. X şi-a substituit toată viaţa tatăl sau X a avut un tată-şef sau... Psihogenealogiştii pe baza unei genograme ar putea descoperi că X şi-a însuşit comportamentul unui înaintaş, fără ca el, bineînţeles, să fie conştient de acest lucru. Aşadar, în crearea unui scenariu-capcană sunt foarte importante elementele ce ţin inconştientul familial. Pentru că este întemeiat pe elemente mitice familiale el este greu destructibil. De altfel, **scenariul-capcană şi relaţiile-capcană au funcţia foarte importantă de a prezerva mitul familial.** Referindu-ne strict la contextul familial putem încerca o definiţie a scenariilor-capcană. **Scenariul-capcană este un proces interacţional cu potenţial patogen, greu destructibil şi cu funcţie de prezervare a mitului familial. Relaţiile-capcană sunt relaţii cu mecanisme de autogenerare şi autoîntreţinere, care se construiesc şi se transmit în cadrul unor scenarii-capcană familiale, ce prescriu comportamente familiale de tip patogen.** Atât scenariile-capcană cât şi relaţiile-capcană confirmă existenţa mitului familial, al ritualurilor familiale si asigură identitatea familiei împiedicând dizolvarea ei.(Cristina Denisa Stoica, 2002)

Putem rezuma **caracteristicile scenariilor-capcană:**

– se întemeiază pe fenomene ce ţin de inconştientul familial;

– se menţin numai în măsura în care sunt confirmate;

– **sunt transmisibile, la nivel intergenerațional și transgenerațional;**
– **sunt rigide și greu destructibile putând avea ca efect deturnarea de la creștere;**
– **rolurile pe care se întemeiază scenariile-capcană sunt foarte bine conturate la nivel inconștient, fiind confuze și neclare la nivel conștient (ex: parentificarea);**
– **granițele intergeneraționale sunt confuze iar riscul de transmitere și menținere este crescut;**

În cazul toxicomanului și a altor marginali putem vorbi și despre un **scenariu-capcană social**. Atunci când ai fost etichetat ca toxicoman începi, fără să vrei, să participi la acest scenariu. Un scenariu-capcană social este la fel de rigid ca un scenariu-capcană familial. El este întemeiat tot pe mituri dar de data asta este vorba despre mituri sociale. Mesajul cărții lui Jean Bergeret, „Les Toxicomanes parmi les autres", este că toxicomania nu există ci este vorba despre fabricarea unui mit periculos pentru toată lumea. Riscul de a intra în acest scenariu-capcană social este foarte mare pentru un toxicoman mai ales dacă se suprapune peste scenarii prescrise din interiorul familiei din care el face parte.

- **Scenarii polare(contrascenarii).** Scenariile fantasmatice care țin de partea de umbră a inconștientului familial generează evenimente-metaforă, care se grupează în jurul unei teme-nucleu care se menține transgenerațional. Tema-nucleu implică polaritatea. De exemplu, putem lua tema slăbiciune vs. putere. În jurul aspectelor polare ale unei teme se vor constela evenimente-metaforă care se desfășoară în cadrul unor scenarii polare.
- **Spațiul identitar.** Corbusier spunea că prima dovadă a existenței noastre este aceea de ocupare a spațiului (apud Abraham Moles, Elisabeth Rohmer). **Spațiul care ne permite să ne confirmăm, să ne asumăm și să ne manifestăm o anumită identitate l-am numit spațiu identitar.** Dinamica identitară se activează tocmai în relație cu spațiile pe care le ocupăm și în care ne mișcăm. Putem vorbi despre un **spațiu identitar familial, spațiu identitar profesional** sau **spațiu identitar național.** În absența unui spațiu identitar obiectiv se activează un **spațiu identitar surogat** pe care îl asociem cu patologia identitară. Spațiul identitar fantasmatic poate fi permanent (ex: psihoze) sau tranzițional (crizele identitare ce țin de dezvoltarea umană). (Denisa Stoica, 2007)

Prioritatea spațiului identitar surogat în raport cu cel real se asociază cu patologie identitară (migrația în delir).

În concluzie, dinamica spațiu identitar real vs. spațiu identitar fantasmatic poate genera confuzii identitare de diferite grade.

Atunci când unui copil i se refuză spații din "casa familiei"(bucătăria, sufrageria, et.c) el trăiește interdicția ca pe o excludere, ca pe o lipsă de confirmare în familie. Acolo unde mama ocupă și își asumă tot spațiul casei, din bucătărie până în dormitor copilului îi mai rămîne migrația în virtual (cărți, filme, internet,etc.). Există și "varianta" lipsei de granițe adică situația în care copiii și părinții interferă spațial. Copiii nu mai trăiesc în acest caz excluderea ci fuziunea, nediferențierea (vezi cazurile în care copiii și părinții dorm în același dormitor sau în în același pat), lipsa spațiului personal. Un alt exemplu care reflectă

dinamica identitate-spaţiu identitar se referă la situaţia familiilor care trăiesc în regim extins. Părinţii, părinţii părinţilor şi copiii se angajează într-o luptă pentru spaţiu soldată cu confuzii identitare şi lipsă de graniţe purtate de către descendenţi transgeneraţional.

Psihanaliştii Albert Eiguer, Didier Anzieu vorbesc despre proiecţia Eului familial în modul de împărţire a spaţiului familial.

Dinamica intrafamilială se reflectă în asumarea sau neasumarea spaţiului familial.

Teritoriile naţionale cu graniţe mutabile sunt locuite de populaţii cu dificultăţi de asumare a identităţii naţionale.

Între spaţiu şi persoana care îl ocupă pot exista diverse relaţii, de asumare, de rejecţie, de ignorare. Îmi asum spaţiul şi-l amenajez, îmi resping spaţiul, migrez în alte zone, ignor spaţiul în care locuiesc, îl las "în paragină".

Privarea de spaţiu (ex.spaţiul concentraţionar) nu generează, însă, numai migraţia în fantasmă ci şi posibilitatea de explorare şi asumare a spaţiului interior, efectul fiind extensia conştiinţei. Multe mărturii ale celor care au avut experienţa lagărelor, închisorilor confirmă acest efect. Unele persoane care au trăit experienţa închisorii ies transformate în urma acestei experienţe. În acest caz putem vorbi despre un spaţiu-limită (închisoarea, mânăstirea) care poate fi tranziţional, favorizând explorarea unor alte identităţi, unor alte spaţii interioare.

Spaţiul identitar tranziţional este acel spaţiu care conţine, la un moment dat, sentimente, emoţii, nevoi, identităţi nemanifestate şi neconfirmate în scenariul cotidian al individului.

Filmul poate fi un astfel de spaţiu identitar tranziţional care poate permite explorarea unor alte identităţi.

- **Fenomenele asociate pierderii, absenţei şi neasumării spaţiului identitar sunt corelate cu dezrădăcinarea.**

Moles şi Rohmer scriau în 1978 despre două modalităţi fundamentale de relaţionare a individului cu spaţiul:

– **înrădăcinarea** care se referă la faptul că individul aparţine unui spaţiu care este numai al lui.
– **nomadismul** care se referă la individul care merge în fiecare zi şi în fiecare seară în alt loc.

Nomadul nu merge dintr-o înrădăcinare în alta, spun cei doi psihologi, ci merge dintr-o dezrădăcinare în alta.

Ne vom opri în detaliu asupra aspectelor psihologice şi psihopatologice legate de dezrădăcinare la abordarea temei dezrădăcinare vs. înrădăcinare.

- **„Spaţiul transgeneraţional"**, concept pe care îl propunem spre utilizare în contextul terapiei unificării, este purtătorul unor conţinuturi conştiente sau inconştiente, validate sau invalidate, investite cu sens existenţial familial. El este „teatrul" şi „scena de desfăşurare" a scenariilor transfamiliale generative pe continuumul spaţio-temporal al oricărei psihogenealogii. El creează, păstrează şi transmite istorie transgeneraţională şi colectivă. (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)
- **„Somatofantoma".** Acest concept se referă la manifestarea somatică a fantomei. Boala poate fi o modalitate de readucere în prezent a uei persoane

dispărute în legătură cu care, încă, există relaţii neclare. Neacceptarea dispariţiei acestei persoane, neclaritatea în legătură cu unele dintre evenimentele-metaforă care au implicat-o poate genera un proces identificator inconştient care se manifestă prin boala pe care a avut-o acea persoană. Identificarea endocriptică poate fi asociată fenomenului de somatofantomizare.

- **Dramagenograma.** „...în procesul reparator pe care-l susţinem, genograma, din instrument de analiză, devine **dramagenogramă, adică un proces de reconstituire dinamică a raporturilor transgeneraţionale în scop de conştientizare, integrare unificatoare a Umbrei familiale şi transformare psihospirituală.** Şi pentru aceasta nu este nevoie ca „eroii" de peste timp ai romanului familial să fie prezenţi în carne şi oase. Este suficient să-i reinvocăm şi re-creem prin mijloacele dramatizării, **aici şi acum**, pentru ca relaţii confuze să se clarifice, separări sănătoase, insight-uri, iertări şi integrări care nu au avut loc să se producă, sensuri şi efecte unificatoare şi maturizante să se declanşeze. Este un proces sistematic de confruntare cu Umbra familială şi de integrare a acesteia." (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005) Dramagenograma vizează identificarea polarităţilor, identificarea constelaţiei temelor-nucleu transgeneraţionale şi se poate asocia cu somatogenograma.
- **Artgenograma.** Artgenograma reprezintă o inovaţie a T.U. (Iolanda Mitrofan. Denisa C. Stoica, 2005) şi se referă la construcţia genogramei folosind elemente naturale ca scoicile, frunzele, pietrele şi alte materiale. Avantajul acestei tehnici constă în accesarea mai rapidă a zonei de umbră familială.
- **Umbra familială.** Umbra familială conţine aşadar, toate fricile, temerile, slăbiciunile şi secretele legate de acestea, codificate sau deghizate simbolic şi transmise transgeneraţional, dar conţine totodată şi soluţia depăşirii şi integrării lor, ca experienţe cu sens maturizant şi transformator pentru persoane, relaţiile familiale şi comunitare.(Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica)

CAPITOLUL 4:
Mecanisme de transmisie a inconştientului familial.

Viaţa psihică se transmite de la o generaţie la alta prin intermediul imaginilor materiale şi psihice, astfel că legăturile complexe care există între fiecare generaţie şi generaţia precedentă influenţează relaţiile în familie şi în afara familiei. Aceste influenţe se pot observa cel mai bine în relaţiile dintre copii şi părinţii lor. Conform lui A. **Ciccone transmisia inconştientă se referă la obiectele psihice, constituite de modalităţi identificatorii (adezive, proiective, introiective).** (A. Ciccone, 1999) **Transmisia inconştientă nu se referă doar la obiecte psihice ci şi la procese şi fantasme care organizează, contextualizează şi crează legături între obiecte.** (A. Ciccone, 1999) **Sensul situaţiilor** în care sunt implicate aceste fantasme se transmite o data cu ele.

Transmisia inconştientului familial la bebeluş se face în special non-verbal, prin comportament, prin gesturi, prin mimică, mesaje infraverbale la care copiii sunt foarte sensibili.(A. Ciccone, 1999) În acest sens T. Nathan vorbeşte despre transmiterea **conţinuturilor formale,** conţinuturi care se referă mai degrabă la obiecte, ritmuri, imagini decât la cuvinte. (Apud. A. Ciccone, 1999) Ele sunt percepute ca modificări ale structurii corporale şi stau la baza comunicării între mamă şi bebeluşul său. «Ele nu au nici un sens dar sunt la originea construcţiei sensului şi constituie obiect de transmisie.» (A. Ciccone, 1999) Conţinutul formal se referă la comunicarea non-verbală între mamă şi copil şi constituie o modalitate primitivă de comunicare între mamă şi copil.

„Imaginile psihice, transmise inter şi transgeneraţional funcţionează ca nişte indicatori." (Serge Tisseron, 1995) După Tisseron, diferitele modalităţi prin care sunt mobilizate şi întreţinute imaginile într-o familie sunt de patru tipuri:

- **influenţe asupra modului senzorio-afectivo-motor**.
- **influenţe prin intermediul limbajului**, avându-se în vedere aspectul vocal *cu* componentele sale şi asociaţiile fonetice care intervin în funcţionarea familială cotidiană (glumele, legendele, poveştile care sunt spuse în cadrul unor evenimente familiale importante, naştere, doliu, sărbători sau în viaţa de zi cu zi).
- **influenţe prin intermediul limbajului**, avându-se în vedere semnificaţia cuvintelor şi care intervine în cadrul funcţionării familiei în aceleaşi situaţii, enumerate mai sus.
- **imagini materiale sau obiecte** care provoacă sau întreţin imagini psihice. Imaginile materiale pot fi acele obiecte pentru care familia întreţine un cult.

Secretul nu este simbolizat doar prin cuvinte ci şi prin alte canale de comunicare, mimica, intenţiile, posturile corporale susţine Tisseron (1999).

Acestea sunt căile prin care este transmis inconştientul familial de la o generaţie la alta şi influenţa lor se face simţită chiar şi atunci când individul a ajuns în stadiul socializării. **A. Ciccone accentuează faptul că transmisia inconştientă se efectuează verbal dar mai ales infraverbal.**(A. Ciccone, 1999) Comunicarea paradoxală este foarte relevantă pentru modul în care i se transmite copilului conţinuturi ale inconştientului familial. Mama cere copilului, în mod conştient, verbal un anumit lucru iar non-verbal, inconştient, îi cere altceva.

Mecanismele propriu-zise prin care este transmis inconştientul familial sunt proiecţia, identificarea(contraidentificarea) şi repetiţia.

Identificarea este un fenomen esenţial în dezvoltarea noastră ca fiinţe umane. În funcţie de aspectul proiectiv sau de cel introiectiv al identificării putem vorbi despre conţinuturi psihice ce ţin de dezvoltare sau de patologie. **Identificarea proiectivă** generează fenomenul de incorporare care stă la baza dinamicii «criptei» şi «fantomei» (obiect incorporat) iar **identificarea introiectivă** generează introiectarea obiectului. **Obiectul incorporat** (fantoma) nu este transformat prin transmisie în timp ce **obiectul introiectat** este transformat şi integrat în Eul subiectului, în structura sa internă fără a avea efect de alienare aşa cum se întâmplă în cazul fenomenului «fantomă.» Când vorbim despre « fantomă », vorbim despre absenţa doliului. Freud punea doliul în legătură cu ceea ce el numea melancolie, adică ceea ce se manifestă «printr-o indispoziţie foarte dureroasă, printr-o anulare a interesului pentru lumea exterioară, prin pierderea capacităţii de a iubi, prin inhibarea oricărei performanţe şi prin deprecierea încrederii de sine...» (S. Freud, Doliu şi melancolie, Opere 3, 2000) În acest fel caracteriza Freud şi starea de doliu. **«Cripta» şi «fantoma» sunt fenomene ce ţin de patologia identificării proiective.** Prin identificarea proiectivă patologică se transmit fantasme alienante şi traumatice.

Concept central în teoria kleiniană, identificarea proiectivă se referă la ansamblul de procese care permit explorarea obiectului, transferul a ceva anume într-un obiect (proiecţia) sau preluarea de la un obiect (identificarea). Aşadar **identificarea proiectivă are doi poli, unul proiectiv şi altul identificator.** (A. Ciccone, 1999) Melanie Klein pune identificarea proiectivă în legătură cu procesele implicate de dezvoltarea bebeluşului în primele 3–4 luni de viaţă. Identificarea prin proiecţie implică splitarea unor părţi ale personalităţii şi proiecţia lor în altă persoană. (Melanie Klein, 1975) În acest fel copilul şi mai târziu adultul capătă control asupra obiectelor interne şi externe.

Cu timpul, copilul începe să integreze dorinţele şi aşteptările părinţilor lui. El trebuie să stea liniştit, nu trebuie să-i deranjeze pe ceilalţi, trebuie să se poarte frumos când vine bunicul, trebuie să fie sportiv sau să devină artist. În paralel, copilul se identifică cu etichetele pe care i le atribuie cei din anturajul său. El e cel plângăcios, urât şi insuportabil. Ea e cea care învaţă bine, este prinţesa clasei. Cum spune Chantal Rialland(1994), copilul se identifică atât conştient cât şi inconştient, prin mimetism şi dorinţa psihogenealogică a părinţilor săi cu anumite personaje ale familiei sale şi nu cu altele.(Chantal Rialland, 1994) Copilul poate trăi un mare conflict pentru că i se cere, de multe ori, să se identifice cu anumite persoane pe care unul dintre părinţi le agreează iar celălalt nu le agreează. Mama şi-ar dori ca el să fie matematician ca bunicul său iar tatăl îi poate cere să ajungă sportiv ca tatăl lui. Putem spune că există identificări „bune" şi identificări „rele".

În concluzie, identificarea proiectivă este principalul mecanism de transmisie transgeneraţională şi de creare a identităţii. (Ciccone, 1999)

Un alt mecanism foarte important în transmisia transgeneraţională este **contraidentificarea.** De multe ori alegerile noastre sunt motivate de respingerea modelelor parentale. Eu vreau să fiu aşa cum nu este mama sau tata. Contraidentificarea activează partea de umbră a părintelui generând un **contrascenariu** în raport cu scenariul de viaţă parental. (C. D. Stoica, 2002) Umbra familială ca vehicul transgeneraţional este abordată pe larg în contextul T.U.

Otto Kernberg diferenţiază identificarea proiectivă de simpla proiecţie.

Proiecţia, ca mecanism de transmisie a inconştientului familial, se referă la toate dorinţele, sentimentele, calităţile pe care părinţii sau alţi membri ai familiei nu şi le asumă şi pe care le situează în urmaşii lor. În cazul proiecţiei sentimentele, gândurile şi dorinţele proiectate sunt resimţite ca ceva străin. Persoana nu are conştiinţa faptului că aceste părţi sunt ale ei. Ea le proiectează şi nu mai vrea să ştie de ele. În cazul identificării proiective persoana păstrează o legătură pozitivă, cu părţile proiectate. De altfel pe această legătură pozitivă se întemeiază legătura dintre cele două persoane, cea care proiectează şi cea care serveşte ca ecran de proiecţie.

În acest fel, încă înainte de a se naşte, scenariul de viaţă al individului începe să fie scris. Serge Lebovici descrie cele patru forme ale copilului imaginat de mamă : **copilul imaginar, copilul fantasmat, copilul mitic şi copilul narcisic.** (S. Lebovici, 2006) **Copilul imaginar** este efectul dorinţei de a fi însărcinată. După Lebovici această dorinţă are o conotaţie narcisică pentru că acest copil trebuie să se ridice la înălţimea ambiţiilor părinţilor. Alegerea prenumelui, dorinţa legată de sexul copilului sunt modalităţi de a scrie deja scenariul viitorului membru al familiei. O mamă care nu şi-a desăvârşit o posibilă carieră muzicală îşi va proiecta un copil muzician şi îşi doreşte ca fiul ei să fie la fel de celebru ca Mozart. În acest sens ni se pare foarte relevant exemplul personajelor principale în jurul cărora e creat romanul lui Milan Kundera «Viaţa e în altă parte ». Mama care şi-a dorit ca fiul ei Jaromil să fie un mare poet nu a acceptat niciodată mediocritatea acestuia. **Prenumele** pus unui copil dezvăluie foarte bine tipul de proiecţie. Un tată îşi doreşte ca fiul lui să ajungă pilot precum unchiul său şi îi pune numele acestui unchi.

«Acest copil imaginar se dezvoltă şi la tată chiar dacă lui îi trebuie adesea mai mult timp pentru a se simţi « însărcinat »... » (S. Lebovici, 2006) cel

Copilul fantasmat este cel al fantasmelor infantile ale mamei (S. Lebovici, 2006) În legătură cu acest concept Lebovici vorbeşte despre copilul fantasmat în relaţie cu complexul Electra.

Copilul mitic se referă la asumarea sau neasumarea culturii în care a crescut mama şi la atitudinea manifestată faţă de copil în contextul acestei culturi.

Copilul narcisic vizează investirea narcisică a copilului de către părinţii săi. (Lebovici, 2006)

Fantasmele materne care se activează în cursul îngrijirilor acordate copilului real şi imaginat constituie o bază esenţială pe care copilul va putea să-şi constituie propria istorie. (S. Lebovici, 2006)

Tot la scrierea scenariului de viaţă al individului pot participa interpelări ca, «Să nu faci ca mătuşa-ta, un copil fără tată !» sau « Sper să nu ajungi ca beţivul ăla de frate-meu!». Aşadar, la scrierea unui scenariu de viaţă pot participa şi persoane pe care copilul nu le-a cunoscut niciodată. Prin fenomenul proiecţiei, unui urmaş i se poate contura un rol foarte important în familie din care acestuia îi va fi dificil să iasă.

Repetiţia. Psihanaliza a văzut în repetiţie unul dintre fundamentele esenţiale ale existenţei umane. Prin mecanismul de repetiţie, individul va concretiza reprezentarea fixată în psihismul său, de câte ori are ocazia. Psihanalistul A. Barbault îl citează, într-una din cărţile sale pe dr Allendy, **„Odată imprimată în inconştient, imaginea-destin, tinde să se realizeze; ea devine o entitate vie care orientează individul, organizându-i viaţa conform unui plan de o subtilitate greu de conceput."** (A. Barbault, 1961) Freud, studiind nevrozele, a observat că nevroticul reproduce şi reface, foarte subtil, toate circumstanţele nedorite şi toate situaţiile afective dureroase. Individul se agaţă de situaţiile penibile într-un mod compulsiv chiar dacă, la un moment dat, conştientizează că este vorba de o altă situaţie şi că aşteptările ar trebui să fie altele. **Mecanismul repetiţiei este legat nu numai de dinamica inconştientului individual ci şi de dinamica inconştientului familial.** Prin identificarea cu un anumit înaintaş îi putem prelua schemele repetitive de comportament, întreţinând astfel disfuncţionalitatea la nivel familial transgeneraţional. Mitropolitul Antonie al Surojului povesteşte despre experienţa lui în consilierea spirituală, „Am cutare sau cutare ispită, apare în mine cutare sau cutare problemă. De unde şi până unde? Şi săpând în trecutul lor, reuşeam să găsesc de câteva ori la strămoşii şi la părinţii lui aceeaşi problemă nerezolvată. Problema apărută în faţa acelui om, care o rezolva tocmai fiindcă ştia că e un lucru moştenit şi că rezolvând-o o rezolvă pentru bunica sa, pentru bunicul său, pentru străbunicul său şi pentru părinţii săi. "(Antonie al Surojului, apud K. V. Zorin, 2007) Iată surprinderea repetiţiei familiale în dimensiunea ei spirituală.

Albert Ciccone (1999) scrie despre repetiţie şi transmisia eşecului de la părinţi la copii. El îşi pune problema modului în care se repetă aceeaşi lipsă şi aceeaşi problemă de la părinţi la copii. Se referă la repetiţia transgeneraţională a atitudinilor parentale, a toxicomaniei, a eşecului. Freud dezvoltă ideea conform căreia repetiţia apare în lipsa amintirii. Atunci când o persoană nu are nici o amintire în legătură cu un anumit eveniment sau persoană se întâmplă repetiţia. Cum spune Ciccone, repetiţia este o modalitate de a-şi aminti. Tot Freud concepe repetiţia ca pe o fixaţie la momentul traumatismului. Compulsia la repetiţie caută etern reîntoarcerea la starea iniţială. (Ciccone, 1999)

Melanie Klein concepe repetiţia în legătură cu culpabilitatea inconştientă. Sentimentul conştient de culpabilitate se întâlneşte în nevroza obsesională în care Eul se revoltă contra acestui sentiment de culpabilitate nejustificabil. Compulsia asociată nevrozei obsesionale poate fi un exemplu în acest sens.

Un fenomen care implică repetiţia şi care a fost identificat în practica terapeuţilor transgeneraţionalişti este **sindromul de aniversare**. J. Hilgard a scris în 1953 despre sindromul de aniversare (anniversary syndrome). Medic şi psiholog ea a făcut cercetări statistice demostrând că declanşarea unei psihoze la o vârstă adultă poate fi legată de repetiţia unui eveniment traumatizant trăit în copilărie (pierderea unuia dintre părinţi sau a ambilor părinţi). Repetarea contextului din copilărie, copilul devenit părinte are un copil cu aceeaşi vârstă pe care o avea el la decesul părinţilor lui generează psihoza. Mai mult, acest părinte are vârsta pe care o aveau părinţii săi atunci când au decedat **(dublă aniversare)**. J. Hilgard a observat că acest tip de repetiţie este statistic semnificativă şi a scris despre sindromul de aniversare. (Ancelin Schützenberger, 1993). Ancelin Schützenberger a urmărit în experienţa sa clinică identificarea acestui fenomen.

Sindromul de aniversare marchează evenimente importante ale ciclului vieţii prin repetiţia datei sau vârstei. (Ancelin Schützenberger, 1993) Naşterea unui copil, de exemplu, poate coincide cu aniversarea unui eveniment plăcut sau neplăcut din viaţa familiei. Schützenberger menţionează diversele cazuri de repetiţie a accidentelor, a căsătoriilor, a deceselor, la aceeaşi vârstă la diverşi membri ai familiei pe două, trei, cinci, opt generaţii. Anumite persoane sunt deprimate în aceeaşi perioadă a anului în fiecare an fără să îşi dea seama de ce. Aceste stări legate de sindromul de aniversare sunt corelate şi cu doliul nefăcut. Persoana dispărută este *incorporată*, de unde şi tendinţa de a repeta acelaşi tip de boală, acelaşi mod de a muri…

După cum se observă proiecţia, identificarea şi repetiţia sunt fenomene care se implică unul pe celălalt. Sunt fenomene interdependente.

Printre mecanismele de transmisie a inconştientului familial există şi mecanisme implicite dintre care cel mai important ni se pare **excluderea.**

Excluderea şi autoexcluderea sunt mecanisme foarte importante în menţinerea miturilor familiale care asigură continuitatea familiei şi în acelaşi timp, paradoxal, în menţinerea patternurilor repetitive. Punem aceste mecanisme în legătură cu manifestarea «fantomei». Ni se pare foarte important faptul că este o modalitate de a aduce în prezent un membru exclus sau autoexclus din familie sub forma unor acţiuni, unor gesturi, unor boli psihice sau somatice specifice.

CAPITOLUL 5:
Secretele familiale şi patologia de transmisie transgeneraţională

Transmisia secretului familial. Secretul familial transmis de la o generaţie la alta este inaccesibil copilului în ceea ce priveşte existenţa şi conţinutul lui. Însă, el determină perturbări ale modului de a comunica ale unuia dintre părinţi sau ale ambilor părinţi. Mesajele transmise nu sunt în complementaritate ci în exclusivitate, în opoziţie sau în paradoxalitate. Acest tip de comunicare între părinţi îşi pune amprenta asupra modului de a gândi, de a simţi şi de a imagina al copilului. De multe ori, perturbările pe care le implică modul de comunicare al părinţilor activează zona imaginativă al copilului. Ceea ce nu poate fi spus, poate fi reprezentat. Imageria mentală trece, de-a lungul evoluţiei psihice, de la „forme concrete şi statice, puţin integrate personalităţii, la forme mai bine integrate Eului şi mult mai flexibile. **Este vorba despre imaginile cele mai arhaice, cele care apar copilului „înrădăcinate" senzorial şi motor cu influenţe inter şi transgeneraţionale.** (Serge Tisseron, 1995) Astfel de imagini neelaborate prin procese psihice care se dezvoltă ulterior sunt imagini care se impun subiectului, invadându-l. „Este vorba despre imagini, constituite în prima copilărie plecând de la schimburi cu mediul său de viaţă şi în relaţie cu modificările senzoriale, într-un moment în care limbajul nu este încă instalat." (Serge Tisseron, 1995) Aceste imagini ies la suprafaţă ca nişte flashuri şi pot avea legătură cu secretele familiale care se transmit de generaţii. Aceste secrete pot fi necunoscute chiar părinţilor. Flashurile pot funcţiona ca fragmente ce ţin de începuturile elaborării psihice. Bineînţeles că sentimentul de stranietate al celui care trăieşte aceste imagini este inevitabil. Aşa se poate transmite o «fantomă de la o generaţie la alta.

René Käes elaborează noţiunea de **pact de negare** (pacte dénégatif) care se stabileşte între două sau mai multe persoane. (Albert Eiguer, 2006) Pactul de negare se referă la negarea anumitor fapte sau afecte care se instalează la baza relaţiilor între anumiţi membrii ai familiei.

Patologia de transmisie transgeneraţională poate fi interpretată ca o încercare a familiei de a-şi păstra identitatea. Familia poate încerca să îşi păstreze identitatea încercând să elimine toate acele elemente care ar duce la descompunerea mitului familial şi acest lucru se întâmplă cu riscul apariţiei simptomelor. Această atitudine implică existenţa secretului. Cum reuşeşte familia să elimine toate acele elemente care ar pune în pericol mitul familial? Neuburger vorbeşte despre două tipuri de memorie familială şi aceste două tipuri sunt implicate în prezervarea mitului familial şi în transmiterea patologiei familiale. El distinge între **memoria-depozit** şi **memoria-proces.** Memoria-

depozit reprezintă toate sursele potenţiale de informaţie privind familia. Ea este un conţinut de materiale, de informaţii privind ceea ce este familia subiectului, informaţii latente care constau în surse potenţiale.

- poveștirile celor bătrâni
- cărţile de suveniruri
- fotografii, filme, video,
- obiecte, morminte, corespondenţă, registre şi alte documente genealogice,
- de asemenea regulile de funcţionare în familia redusă, în familia lărgită, la înaintaşi, reguli de funcţionare interne în familie dar de asemenea cele care privesc modul în care privesc modul în care un subiect aparţinând familiei trebuie să se comporte faţă de lumea exterioară. (Neuburger, 1989)

Dar memoria familială este de asemenea procesul prin care suntem autorizaţi sau nu să avem acces la aceste informaţii şi să dipunem de ele.

Este vorba de un proces de selecţie a ceea ce este considerat bun să fie transmis. Acest proces de selecţie implică riscul transmiterii patologiei transgeneraţionale. Secretele familiale participă la crearea şi întreţinerea acestei patologii. Serge Tisseron, în cartea sa „La Honte. Psychanalyse d'un lien social"spune că ruşinea este afectul stăpân al secretului. (S. Tisseron 1992)

Aşadar, secretul nu este ceva ce nu trebuie spus, pur şi simplu, ci este ceva care trebuie ascuns pentru că altfel ar leza pe cineva. **Secretul este ceva care trebuie să rămână ascuns pentru a proteja pe cineva de ruşine.** (S. Tisseron, 1992) Unul dintre membri familiei a fost psihotic şi s-a sinucis, altcineva este un copil din flori, altul a făcut închisoare. Acestea pot funcţiona ca secrete familiale, necesare prezervării mitului familiei. Serge Tisseron face o clasificare a secretelor în cartea sa «Les transmission familliale de la honte». El foloseşte trei criterii în acest sens.

A. Secrete legate de un eveniment ce ţine de viaţa privată şi secrete legate de un eveniment colectiv.

Anumite secrete vizează un viol, o naştere ilegitimă, un incest, aspecte ca ţin de viaţa privată. Alte secrete se situează într-un context colectiv cum ar fi deportarea evreilor. Tisseron face referire la Bergman şi Jucoy care în urma cercetărilor privind copiii celor depotaţi au introdus formularea «transmisie psihică transgeneraţională».

B. Secrete privind conţinutul unui eveniment şi secrete privind existenţa însăşi a secretului.

În acest caz Tisseron se referă la acele familii al căror discurs sugerează existenţa unui secret al cărui conţinut rămâne, însă, necunoscut. Ceea ce se transmite generaţiilor următoare este faptul că există un secret dar acest secret trebuie să rămână necunoscut. În mod paradoxal existenţa secretului este declarată dar conţinutul rămâne secret.

În alte familii secretul nu este nici măcar amintit. Aceste familii se confruntă, de obicei, cu probleme de patologie psihică.

C. Secrete legate de un eveniment care poate fi gândit dar nu poate fi rostit şi secrete legate de un eveniment negândit şi nerostit.

Există secrete ştiute şi gândite, secrete împărtăşite de mai mulţi membri ai familiei dar nerostite. Ele pot fi îngropate odată cu dispariţia celor care împărtăşesc acest

secret. Există, însă, secrete asociate cu evenimente care au fost atât de traumatizante pentru cei implicați încât ceea ce au trăit devine de negândit. Tiseron preia observațiile lui Primo Lévi care susține că o parte dintre victimele lagărelor de concentrare întrebate fiind de către nepoții lor în legătură cu atrocitățile pe care le-au suportat au negat trăirea unor asemenea evenimente. Trăirea a fost atât de traumatizantă încât acel eveniment nu poate fi nici măcar gândit. **Este vorba despre o formă extremă de clivaj, spune Tisseron, care împiedică atât gândirea cât și simbolizarea evenimentului.**

După Nachin **fantasmele de incorporare** legate de criptă se manifestă în clinică astfel:

- **incorporare în legătură cu modul de reprezentare**. Este vorba despre lipsa reprezentărilor normale (o pacientă, care și-a pierdut soțul, nu reușește să își reprezinte cadavrul soțului ei în mormânt) sau despre apariția unor reprezentări neașteptate, patologice.
- **incorporare în legătură cu modul de manifestare a afectelor**. Acest tip de incorporare se manifestă prin senzații, sentimente, emoții sau printr-o anestezie afectivă.
- **incorporare în legătură cu modul de manifestare a comportamentului.** Este vorba despre manifestarea unor conduite incongruente și inexplicabile pentru subiect.
- **incorporare în legătură cu o stare corporală**. Aceasta se poate manifesta prin boli și în special prin tulburări digestive. Este vorba despre un mod de a prelungi obiectul iubirii pierdut (Nachin 1995).

CAPITOLUL 6:
Doliul. Implicaţii transgeneraţionale

Doliul este o noţiune complexă cu multe sensuri. Michel Hanus (2007) încearcă să surprindă aceste sensuri folosind expresiile «a fi în doliu», «a intra în doliu», «a purta doliu» şi «a-şi face doliu». Doliul implică întotdeauna o pierdere. Pierderea implică întotdeauna un ataşament.

«A purta doliu» se referă la ansamblul conduitelor sociale, individuale şi colective cerute de moartea unei persoane care a avut o recunoaştere socială.

«A-şi face doliu» se referă la travaliul de doliu necesar pentru a accepta realitatea pierderii şi a-i face faţă. Cel care a rămas în viaţă are nevoie să facă un travaliu de doliu tocmai pentru a rămâne în viaţă. Separarea de fiinţa care a dispărut diminuează efectele fenomenului de incorporare abordat mai sus. Doliul este întotdeauna dureros.

Freud vorbeşte în «Doliu şi melancolie» despre doliu ca fiind o reacţie la pierderea unei persoane dragi sau a unei patrii, libertăţii, unui ideal. Doliul este legat în principal de moartea obiectului în raport cu care există un ataşament. J. Bowlby consideră ataşamentul ca fiind un instinct primar independent de instinctele alimentare şi de instinctele sexuale. Ataşamentul se asociază cu unul dintre cele mai puternice sentimente. Pericolul pierderii sau pierderea obiectului de ataşament generează o mare angoasă sau furie.

Doliul este consecutiv pierderii şi nu ne referim neapărat la moarte ci la pierderea oricărui obiect care are o valoare particulară pentru cel care a pierdut. Tipul de investire a obiectului pierdut dă măsura pierderii.

O primă etapă a doliului este şocul. Starea de şoc implică negarea realităţii dureroase pe care o implică pierderea. Ceea ce se evită este suferinţa foarte mare.

Etapa centrală a doliului este starea depresivă. (Michel Hannus, 2007) Lipsa interesului pentru responsabilităţile zilnice, incapacitatea de adaptare la cerinţele mediului de viaţă şi concentrarea pe obiectul pierdut sunt efecte ale pierderii. Viaţa este lăsată de-o parte în această perioadă. Disponibilitatea pentru ceilalţi se topeşte în timp ce relaţia cu persoana pierdută se întăreşte. Cel care a pierdut încearcă permanent să readucă în prezent persoana pierdută. Visele sunt o astfel de modalitate. Michel Hannus vorbeşte despre visele în care apar persoanele dispărute, normale perioadei de doliu.

Travaliul de doliu oferă posibilitatea de reelaborare a relaţiei cu obiectul pierdut. Acceptarea pierderii şi separarea de obiectul pierdut se întâmplă în timp.

Ultima etapă a doliului este restabilirea. Acceptarea pierderii şi conştientizarea sensului pierderii facilitează separarea de obiectul pierdut. Persoana se reorientează în prezent şi începe să se gândească la viitor.

Efectele absenţei de travaliu de doliu sunt abordate de Abraham şi Torok din perspectiva identificării endocriptice şi a fenomenelor de «criptă» şi «fantomă».

Doliul care nu implică moartea. Doliile care nu implică moartea sunt cele mai frecvente în existenţa noastră dar au o importanţă variabilă care nu poate fi apreciată decât de cel care o trăieşte. Toate pierderile semnificative necesită o elaborare psihică, un travaliu interior care corelează cu un travaliu de doliu.

Cele mai obişnuite dolii care nu implică moartea sunt cele referitoare la separări conjugale şi la divorţuri. În categoria pierderilor care nu presupun moartea s-ar mai afla pierderile relaţiilor părinţi-copii în urma unor conflicte nerezolvabile, pierderile relaţiilor cu alte persoane apropiate decât cele de rudenie. Ruperea acestor relaţii fără clarificare şi fără a da sens conflictelor generează trăiri specifice pierderii. Partenerii de cuplu care trăiesc o astfel de ruptură nu reuşesc să se separe unul de altul în absenţa unui travaliu de doliu. Chiar dacă în realitatea lor zilnică nu se mai întâlnesc, fantasmatic sunt prezenţi fiecare în scenariul celuilalt. Acest fenomen îi face indisponibili pentru alte relaţii parteneriale. Există situaţia în care astfel de persoane nu îşi mai găsesc ani de zile un partener sau situaţia în care chiar dacă îşi găsesc un partener ele nu sunt disponibile emoţional pentru el. Repetiţia asociată cu trăirea eşecului relaţional este o modalitate de aducere în prezent a persoanei perdute (a fantomei). «De şase ani sper că îmi va da un semn de viaţă.», spune o clientă care a fost abandonată de un partener, fără nici o explicaţie, în urmă cu şase ani. Pe parcursul celor şase ani ea a încercat să intre în diverse relaţii. Eroarea relaţională pe care o făcea era aceeaşi. Ea era cea care abandona. În ce mod era prezent fostul partener care a abandonat-o? Prin identificare cu el clienta preluase aceeaşi modalitate de a încheia o relaţie pentru care nu era disponibilă. Abandon. Iată un efect al absenţei travaliului de doliu în raport cu un obiect pierdut. Absenţa travaliului de doliu este întotdeauna asociată cu prezenţa fenomenului de identificare proiectivă cu obiectul pierdut.

Pierderea relaţiilor parental-filiale fără o clarificare duce la acelaşi tip de repetiţie a erorilor şi la fenomenul de fantomizare.

Obiectul înlocuitor. Obiectul înlocuitor poate fi orice persoană care înlocuieşte obiectul pierdut prin moarte sau prin despărţire. Un copil care apare după pierderea celui anterior este un copil înlocuitor. Un partener sau o parteneră care apar imediat după o pierdere sau despărţire conjugală sunt parteneri înlocuitori. Dorinţele, aşteptările, nevoile pe care persoana pierdută nu le mai poate satisface sunt proiectate în relaţia cu partenerul înlocuitor. «Fantoma» persoanei pierdute este prezentă în noua relaţie iar obiectul cu funcţie de înlocuitor devine **«gazda fantomei»**.

Pentru părinţi copilul înlocuitor este, pe de o parte, un alt copil iar pe de altă parte, inconştient, este acelaşi.(Michel Hannus, 2007) El se va simţi permanent comparat şi în competiţie cu copilul pierdut şi idealizat. Această situaţie are implicaţii în scenariul de viaţă al viitorului adult. Identitatea lui va fi permanent pusă sub semnul întrebării pentru că el se dezvoltă ca «gazdă» pentru «fantoma» copilului pierdut. În acest caz se activează fenomenul descris de Abraham şi Torok, identificarea endocriptică. Copilul înlocuitor va trăi identificat cu un mort. Doliul nefăcut de părinţi îl pune pe acest copil în situaţia de fi purtător al fantomei. De multe ori aceşti copii se dezvoltă ca adulţi neştiind că înaintea lor a fost un alt copil care a murit. Ei, copiii înlocuitori, manifestă efectele secretelor legate de acest copilul mort. Uneori «fantoma» se manifestă somatic (somatofantoma). O durere de ani de zile în zona gâtului însoţită de senzaţia de sufocare s-a dovedit a fi, în cazul unei

cliente, manifestarea efectelor unui doliu nefăcut de părinţii ei în raport cu un copil mort la naştere. În urma travaliului de doliu simptomul de sufocare a dispărut.

Doliul nefăcut în raport cu un copil pierdut poate duce la separarea şi divorţul soţilor. Sentimentele de culpabilitatea şi lipsa de sens corelată pierderii pot afecta comunicarea emoţională a celor doi soţi.

Culpabilitatea simţită faţă de copilul pierdut se poate asocia cu hiperprotectivitatea manifestată faţă de copilul următor. Copilul înlocuitor va avea datoria să nu dispară, să nu se îmbolnăvească, să nu i se întâmple ceva rău, să trăiască veşnic. Aceste aşteptări din partea părinţilor se constituie în ceea ce numim **«sindromul globului de cristal»**. Acest sindrom e asociat cu conduite de evitare a experienţelor noi şi cu temeri exagerate în ce priveşte viaţa de zi cu zi a copilului. Clienta M., 24 de ani vine cu dificultăţi în a face contacte. Postura corporală ne duce la ipoteza existenţei unei identificări endocriptice. Rigiditate, corp ca de lemn. Reconstituirea memoriei afective a clientei ne confirmă ipoteza. Când avea 12 ani clienta noastră a pierdut un frate. Nu a participat la evenimentele care au dus la moartea lui şi nici la înmormântare. Era într-o tabără şi când ajuns acasă nu şi-a mai găsit fratele. Părinţii ei nu i-au vorbit niciodată despre ceea ce s-a întâmplat. Au început să se poarte cu ea exagerat de protectiv. La 24 de ani nu ieşea în oraş decât cu mama ei şi nu avea nici o prietenă. Această clientă a funcţionat ca un copil înlocuitor din momentul în care fratele ei a murit. Datoria ei a fost să nu i se întâmple ceva rău şi acest lucru a dus-o la izolare şi la probleme de contact. Un travaliu de doliu a repus-o în contact cu evenimentul, cu doliul nefăcut al părinţilor.

Există, aşadar un scenariu care s-ar putea numi **«Să trăieşti veşnic!»** care se constituie în jurul aşteptărilor părinţilor faţă de de copiii lor.

Partenerul înlocuitor apărut în urma pierderii unei relaţii erotic-afective prin moarte, divorţ sau despărţire este investit într-o primă fază cu toate calităţile şi defectele obiectului pierdut. Un doliu nefăcut întreţine această situaţie mult timp putând genera dificultăţi relaţionale. Aşteptările, celui care a pierdut, în raport cu acest «înlocuitor» au legătură mai degrabă cu relaţia anterioară decât cu relaţia prezentă. «Fantoma» personajului dispărut mediază relaţia dintre cei doi parteneri. Distorsiunile de comunicare nu întârzie să apară. Partenerul care a pierdut proiectează pe partenerul înlocuitor sentimente, emoţii, aşteptări, dorinţe adresate altcuiva. Partenerul prezent se poate trezi în situaţia să nu facă faţă acestor cereri dintre care unele par absurde din perspectiva relaţiei prezente.

Emigrarea şi doliul nefăcut în raport cu spaţiul identitar originar. Doliul nefăcut în raport cu **spaţiul identitar originar** generează fenomene de dependenţă, confuzii identitare asociate cu probleme legate de pierdere, abandon şi control. Înstrăinarea ulterioară resimţită în spaţiul emigrarii, oscilaţia între asumarea sau neasumarea spaţiului şi culturii emigrarii sunt simtome asociate lipsei unui travaliu de doliu al bunicilor, părinţilor în raport cu spaţiul identitar naţional lăsat în urmă. Ilany Kogan, psihanalista care s-a născut şi a copilărit în România, ulterior emigrând în Israel, împărtăşeşte trăirile ei la revenirea în ţară după 36 de ani. «Casa părinţilor şi bunicilor mei dispăruseră în timp fără urmă. M-a cuprins o furie oarbă care mai apoi s-a transformat în sentimente de tristeţe şi durere. Acele case erau ca o parte din mine pe care acum o pierdusem iremediabil. Am realizat că în decursul vieţii făcusem destul doliu, totuşi travaliul de

Doliu era departe de a fi completat." (Peter Brundl, Ilany Kogan, 2006)

CAPITOLUL 7:
Dinamica criptă – fantomă în manifestarea toxicomaniei. O abordare transgeneraţională

Experienţa clinică cu toxicomani a unor psihoterapeuţi i-a dus la o corelaţie între toxicomanie şi „cripta" şi „fantoma", fenomenele pe care le-am abordat într-un capitol anterior. Ei au identificat adesea în istoria familială a toxicomanilor, călătorii, expatrieri, emigrări foarte dureroase, astfel că Drossos lansează ipoteza că toxicomania poate fi consecinţa unui doliu nerealizat de către părinţi în legătură cu pământul de origine. (P. Hachet, 1995) De obicei evenimentele legate de acest doliu funcţionează ca secrete de familie. Sunt lucruri despre care nu se vorbeşte. Un înaintaş deportat, un exil, o emigrare forţată sunt evenimente care nu au lăsat timp celor implicaţi să facă doliul pământului din care au fost expulzaţi. **P. Hachet concepe toxicomania ca pe o tentativă nereuşită de vindecare a «criptei» şi «fantomei».** Problema separării şi a doliului la toxicomani este reflectată şi de faptul că vârsta medie de la care un toxicoman începe să consume este de 19 ani, vârstă apropiată de adolescenţă şi de problemele specifice ei printre care există şi problema separării. Toxicomanul ca purtător al «criptei» şi «fantomei» participă la un scenariu scris în mare parte de înaintaşii lui, fapt de care el nu este conştient. Secretul parental este pus în scenă de purtătorul fantomei care este toxicomanul. Tot comprotamentul său poate fi „o soluţie imaginară la o problemă parentală." (Nachin în P. Hachet, 1995) Aşadar, toxicomanul are o misiune reparatoare în raport cu unul dintre părinţi sau cu alţi înaintaşi. Putem pune ipoteza lui Hachet în legătură cu **scenariul-umbră** la care participă toxicomanul pentru a-i oferi părintelui posibilitatea de a se confrunta încă o dată cu umbra sa. Acest rol pe care îl joacă toxicomanul în familia sa este de sacrificiu. El încearcă să se sacrifice inconştient pentru a pune familia faţă în faţă cu secretele sale, cu umbra sa, scopul fiind reparator. Abraham şi Torok vorbesc despre două fenomene specifice criptei: **demetaforizarea şi obiectivarea.** (Abraham, Torok, 1987) Demetaforizarea se referă la situaţia în care o metaforă este luată mot-a-mot. Obiectivarea se referă la pierderea obiectului şi nu la rănirea subiectului. În cazul toxicomanului demetaforizarea constă în punerea substanţei toxice în corp, ca substitut a ceea ce este pierdut iar obiectivarea constă în nevoia zilnică de drog. Refuzul doliului şi procesul magic al incorporării «rezolvă» problema pierderii. Hachet dă câteva exemple de manifestare a criptei la unii dintre pacienţii săi toxicomani. Aurélie care şi-a pierdut tatăl este nervoasă de câte ori vine ziua comemorării lui. Christelle a început să ia heroină când a atins vârsta la care mama sa a pierdut o sarcină, vârstă care coincide cu vârsta bunicii sale în momentul în care aceasta şi-a pierdut tânărul soţ. Sabine a luat pentru prima dată heroină în octombrie, luna în care ea a avut un accident în care a murit unul dintre prietenii săi.

Fantasma de incorporare generează un gol în psihismul toxicomanului care întreţine evoia de drog.

CAPITOLUL 8:
Ataşamentul intergeneraţional în familia toxicomanului

În urma experienţei sale clinice cu familiile de toxicomani, Gianfranco Cecchin identifică un pattern foarte important specific acestui tip de familie (Cecchin 1989). Este vorba despre existenţa unei relaţii foarte puternice între pacient şi mama sa sau între pacient şi altcineva care are rolul mamei. După Cecchin, această relaţie între mamă şi toxicoman este singura care rezistă şi atunci când acesta părăseşte familia. Toxicomanul poate conta fără limite pe mama sa. Poate conta pe acesta să-i plătească datoriile, să-i găsească medicamentele necesare atunci când are nevoie. Mamele tinerilor heroinomani par să aibă nevoia de a prelungi foarte mult dependenţa afectivă a copiilor lor. Ele se prezintă foarte apropiate de copiii lor şi sunt foarte permisive în legătură cu drogul. Infantilizarea şi întârzierea maturizării emoţionale la tânărul toxicoman sunt efectele acestei atitudini materne. Mama se pune în poziţia de salvator al fiului în raport cu tatăl.

Toxicomanii formează adesea cu părinţii sau cu bunicii lor alianţe intergeneraţionale foarte puternice. Selvini Palazzoli a încercat să descrie acest tip de ataşamente prin termenii de **Imbroglio Relaţional şi Instigare.** La ce se referă imbroglio relaţional? „Unul dintre părinţi are o relaţie privilegiată cu fiul sau cu fiica. Această relaţie privilegiată nu este autentică; este vorba despre un pseudo-privilegiu pentru că în realitate părintele îşi vizează partenerul conjugal; comportamentul său în raport cu copilul nu este decât un joc pe care cei doi soţi şi-l întreţin reciproc" (Selvini Palazzoli, 1999). Ca urmare se întâmplă instigarea, adică „...unul dintre părinţi se prezintă de obicei copilului, la nivel nonverbal, ca o victimă a comportamentului celuilalt părinte" (Selvini Palazzoli, 1999). Aceste fenomene descrise de Selvini Palazzoli nu sunt decât capcane care întreţin scenariul ataşamentului. Unul dintre părinţi se foloseşte de aceste „manevre transgeneraţionale", într-o manieră inconştientă, pentru a se folosi de unul dintre copii contra celuilalt părinte. Simptomele apar la copil atunci când acesta participă la acest joc.

Separările apar la toxicoman ca fiind foarte dificile. Nu întâmplător episoadele de toxicomanie debutează la vârsta adolescenţei, vârstă care este asociată cu o serie de pierderi. Chiar şi atunci când este plecat din familie tânărul toxicoman rămâne ataşat acesteia, ceea ce justifică desele lui reîntoarceri.

Cloe Madanes, Joyce Dukes şi Henry Harbin au realizat o cercetare pornind de la ipoteza că heroinomanii formează cu părinţii lor sau cu substitutele de părinţi alianţe care trec dincolo de graniţele transgeneraţionale determinând inversiuni în organizarea ierarhică specifică familiei. Ei au adoptat această ipoteză care este contrară ipotezei tradiţionale ce susţine că toxicomanii sunt sociopaţi orientaţi predominant către tovarăşii de grup. Cercetarea a avut ca punct de plecare date clinice privind familiile cu toxicomani

care indică faptul că aceştia se angajează într-o coaliţie importantă cu unul dintre părinţi contra celuilalt părinte. Dat fiind că 50% dintre toxicomani proveneau din familii monoparentale, cercetătorii au presupus că triunghiul compus din toxicoman şi doi membri ai familiei importanţi dintr-o generaţie anterioară este echivalent triunghiului format din toxicoman şi părinţii biologici. O schemă tipică s-a desprins în urma observaţiilor clinice. Persoana parentală A intră cu toxicomanul într-o alianţă ce traversează graniţele ce separă generaţiile, furnizându-i acestuia bani pentru procurarea drogurilor, împărtăşindu-i secretele şi protejându-l. Persoana parentală B este critică în raport cu A şi cu toxicomanul dar este blocat în acţiunea lui de alianţa celor doi, care este foarte puternică. La un moment dat B se retrage. Persoana A renunţă la poziţia de părinte aliindu-se cu descendentul contra celuilalt părinte.

Se pare că asemănarea între comportamentele celor doi membri ai alianţei permite toxicomanului să devină un intermediar între cei doi părinţi. Paradoxal cei doi părinţi încep să discute între ei privitor la comportamentul toxicomanului. Toxicomanul capătă putere asupra celor doi. Astfel, pericolul de separare poate fi manevrat de el. Pentru menţinerea acestui triunghi unul dintre părinţi trebuie să se alăture toxicomanului protejându-l şi salvându-l.

Consecinţa unei astfel de „mecanici" relaţionale este aceea că consumatorul de drog este pus la acelaşi nivel generaţional ca şi părintele. Astfel, ierarhia familială este inversată.

Acestea sunt ipotezele de la care au plecat cei trei cercetători. Pentru cercetare au fost luate în considerare trei loturi. Un lot format din 18 heroinomani din clase sociale defavorizate, al doilea lot a fost format din 9 familii cu schizofreni şi al treilea lot a fost format din 9 familii cu grad de adaptare şi integrare socială foarte mari. Grupul cu subiecţi foarte bine adaptaţi a fost ales ca grup de control iar grupul de familii cu schizofreni a fost ales datorită asemănărilor cu familiile toxicomanilor.

Pe lângă testul Rorschach şi testul proverbelor cercetătorii au folosit un instrument care să le dea reprezentarea clară a ierarhiei familiale. Este vorba despre **testul Ierarhiei Familiale** care indică modalitatea în care fiecare membru al familiei percepe ierarhia familială. Reprezentările rezultate din aplicarea acestui test membrilor familiilor loturilor de familii cu schizofreni şi a celor cu toxicomani au scos în evidenţă predispoziţiile acestor tipuri de familii la inversiuni ierarhice. A ieşit în evidenţă faptul că nu există diferenţe semnificative între cele trei grupuri de familii în ce priveşte predispoziţia la inversiune ierarhică.

În familiile cu toxicomani părinţii şi toxicomanul determină inversiuni ierarhice în care o persoană parentală este plasată deasupra altei persoane parentale în ierarhia familială. Inversiunea se efectuează situând o persoană parentală la nivelul descendenţilor. Membri acestor familii sunt implicaţi în alianţe intergeneraţionale. Aceste ataşamente apar, adesea, între părinţi şi membri fratriei precum şi între părinţi şi toxicoman, ceea ce indică faptul că toxicomanul ca membru al fratriei este implicat în aceste ataşamente foarte puternice dincolo de graniţele intergeneraţionale.

În familiile cu schizofreni există un mare număr de inversiuni ierarhice. Una dintre persoanele parentale inversează poziţia celeilalte persoane în ierarhie şi nu propria lor poziţie. Lupta pentru putere în ierarhie este aceeaşi ca în familiile cu toxicomani. Aceste frecvente inversiuni ierarhice indică alianţe intergeneraţionale şi o luptă pentru „şefie" în acest tip de familie. Reprezentările privind ierarhia familială în familiile cu

schizofreni au demonstrat că nu există un număr mare de ataşamente intergeneraţionale sau de ataşamente în aceeaşi generaţie.

În familiile cu subiecţi cu integrare socială foarte bună există foarte puţine inversiuni ierarhice şi ataşamente intergeneraţionale. Nici una dintre persoanele studiate nu a inversat poziţia alteia în ierarhie şi nici a ei însăşi.

După cum susţin autorii cercetării studiul nu doreşte să demonstreze că o anume organizare familială va duce neapărat la o problemă specifică, cum este toxicomania, dar că toxicomanul este legat de familia sa într-un mod care contribuie la menţinerea intoxicaţiei sale.

Concluziile au fost că inversiunile ierarhice şi ataşamentele intergeneraţionale nu trebuie neapărat asociate cu familiile monoparentale şi nici cu căminele perturbate pentru că acestea apar foarte frecvent şi în familiile cu toxicomani care au ambii părinţi.

CAPITOLUL 9:
Transgresiunea ca scenariu transgenerațional în familia toxicomanului

Abordarea transgenerațională a familiilor cu toxicomani a pus în evidență repetitivitatea transgresiunii de la o generație la alta. Așa s-a conturat mitul marginalității descris de Ferreira și Bying Hall.

Angel și Geberowitz sunt de părere că transgresiunea transgenerațională se petrece la două niveluri:

– în raport cu legea și cu justiția: delicvență, psihopatie;

– în raport cu morala (comportamente perverse).

Evenimentele determinate de manifestarea transgresiunii transgeneraționale sunt păstrate ca secrete de familie. „Toxicomanul poate avea fantasme legate de aceste secrete sub influența fascinației familiale pentru devianță și marginalitate" (Cecchin, 1989). Cecchin dă exemplul tânărului toxicoman cu un bunic care fusese toată viața un mare jucător și un aventurier și care fugise și murise în Brazilia. Toxicomanul este tot timpul în transgresiune atât în interiorul cât și în exteriorul familiei sale. Secretele familiale legate de transgresiune reprezintă adesea un ax foarte important al muncii terapeutice.

Toxicomanul care transgresează legea și morala nu face decât să se mențină în mitul familial. Participarea la menținerea marginalității familiale reprezintă modalitatea lui de a fi loial familiei. În familiile descrise mai sus marginalitatea este o «datorie» familială.

CAPITOLUL 10:
Alte abordări psihoterapeutice ale familiei toxicomanului

Scopul implicării familiei în tratamentul consumatorului de drog este acela de a identifica acele patternuri care funcţionează în sistemul familial şi care subminează încercarea toxicomanului de a-şi schimba comportamentul. Este recunoscută semnificaţia implicării familiei în menţinerea dependenţei. Pe de altă parte este recunoscut rolul pe care îl are un toxicodependent în menţinerea stabilităţii familiei. Există două funcţii principale ale unui toxicodependent în dinamica sistemului familial. **Prima este distragerea familiei de la altfel de conflicte şi a doua este evitarea separării de familie.**

Un model de tratament

Gerald Benett (1989) propune un model de abordare psihoterapeutică a toxicomanului care foloseşte elemente de terapie strategică şi structurală de familie. Terapia structurală se bazează pe ierarhia existentă în familie. O familie cu un tată slab sau absent va prezenta un dezechilibru. Cel mai important obiectiv al terapeutului ar fi acela de a identifica dezechilibrul şi de a interveni în funcţie de el. De exemplu, în cazul familiei cu tatăl slab terapeutul poate interveni în sensul accentuării importanţei acestuia în familie.

Terapia strategică de familie este preocupată, mai mult decât terapia structurală de familie, de modalitatea în care oamenii se schimbă. Există mulţi terapeuţi care au participat la dezvoltarea acestei terapii, însă Haley este cel care a aplicat acest tip de terapie în lucrul cu familiile toxicomanilor. Dependenţa de drog este văzută ca un simptom care menţine homeostazia sistemului familial. Acest simptom este văzut ca fiind modalitatea familiei de a evita schimbarea. Se creează un cerc vicios, cum spune Haley. Intervenţia terapeutului este legată de întreruperea acestui cerc vicios în aşa fel încât familia să se reorganizeze.

Experienţa terapeuţilor cu consumatorii de drog întăreşte ideea că aceştia sunt foarte dependenţi de familia lor iar mecanismele după care funcţionează familia sunt foarte importante în menţinerea consumului de droguri. Consumatorii de drog resping ideea de responsabilitate. Terapeuţii leagă comportamentul de consum de incapacitatea consumatorului de a se separa de familie. Pentru membrii familiei consumul de droguri are funcţia de a îndepărta sistemul familial de la realele conflicte. Perioadele în care tinerii unei familii se pregătesc să părăsească familia sau se implică în relaţii intime sunt perioade de stres maxim.

Momentul în care consumatorul de drog s-a hotărât să părăsească familia coincide cu debutul unor comportamente care, uneori pot fi considerate deviante. Este vorba despre consumul de droguri sau despre acte delicvente. Acest tip de comportament are rolul de a

aduna familia împreună pentru a depăşi momentul. Toţi membri familiei participă la ajutarea celui care are problema. Drogul îi menţine pe membri familiei într-o relaţie de interdependenţă. Atât consumatorul de drog cât şi ceilalţi membri ai familiei sunt blocaţi în acest cerc vicios. Drogul îi permite, celui care îl consumă, să trăiască acea separare de care are nevoie. Se manifestă, astfel, acea dinamică între nevoia de creştere şi deturnarea de la creştere. Nevoia de creştere îl poate determina pe toxicoman să se separe de familie într-un mod şi la un moment care pot favoriza manifestarea deturnării de la creştere.

Terapia propriu-zisă

- Angajarea familiei în tratarea consumatorului de drog.
  - este foarte important ca înainte de a angaja familia în tratament să se primească acordul toxicomanului.
- Se fixează o întâlnire cu întreaga familie.
  - este foarte important ca terapeutul să telefoneze părinţilor atunci când consumatorul este de faţă.

Indivizii care trăiesc cu familia lor de origine sunt de cele mai multe ori nepregătiţi să implice familia în terapie. În acest caz consumatorul încearcă să îl convingă pe terapeut că nimeni din familie nu ştie că el consumă.

Evaluarea. Tehnicile de evaluare propuse de Benett (Benett, 1998) vizează, în primul rând, identificarea celei mai importante relaţii a consumatorului de drog, detalii şi proceduri legate de tratament, debutul consumului de drog, calea administrării drogului, modalitatea prin care consumul de drog a devenit o obişnuinţă.
Şedinţa de terapie trebuie să fie pentru client un cadru unde să poată discuta cu încredere aceste probleme. Terapeutul trebuie să observe şi să identifice orice element care poate da informaţii în legătură cu relaţia client-familie.

Folosirea genogramei familiale poate da la iveală mecanisme legate de consumul de droguri care se repetă în familia toxicomanului.

Începutul terapiei. La început Benett se centrează pe gradul în care familia este afectată de consumul de droguri.

Sarcinile. În familiile cu un consumator de drog este important să se lucreze pe relaţia acestuia cu părintele de acelaşi sex. Trebuie negociate sarcini specifice cu care trebuie să fie de acord amândoi. Este necesar ca în această fază terapeutul să se ocupe de părintele de sex opus a cărui anxietate de excludere poate creşte foarte mult

Faza de criză. Următoarea fază a tratamentului este caracterizată de o schimbare în statutul consumatorului de drog în raport cu consumul de drog. Consumatorul de drog se poate dezintoxica acasă sau într-un centru de dezintoxicare. Adesea, această schimbare este însoţită de o criză familială care poate însemna o declanşare a conflictului marital, poate genera o problemă la un alt membru al familiei sau, în mod ironic poate fi momentul în care familia să-şi înlăture copilul de acasă. Funcţia principală a unei astfel de crize este aceea de a submina eforturile pe care le face consumatorul pentru a se separa. Acesta este un stadiu foarte important în care consumatorul de drog are nevoie de suport din partea familiei. Atunci când toxicomanul se apropie de o viaţă normală, stabilitatea familiei poate fi clătinată. Criza cel mai des întâlnită se referă la relaţia maritală. Odată ce toxicomanul a intrat la dezintoxicare, părinţii încep să arunce vina unul pe celălalt şi la un moment dat se trezesc vorbind despre divorţ. În acest moment

toxicomanul devine conştient despre faptul că familia sa este pe cale să se dezintegreze. Următorul pas este recăderea pentru a le îndepărta părinţilor atenţia de la problema lor. Criza este un punct crucial în tratament. Terapeutul a anticipat această criză. Tot ceea ce are el de făcut este de a asista familia în aşa fel încât aceasta să treacă peste criză fără ca progresul toxicomanului să fie sabotat. Scopul este acela de a încuraja consumatorul de a se separa de criză iar pe părinţi de a asigura suport toxicomanului, ajutându-l să continue să îşi menţină independenţa.

Intervenţii ale terapeutului atunci când consumatorul se află într-una din fazele descrise de Prochasca şi Di Clemente.

- **Faza de precontemplare.** Există o centrare a terapiei pe strategii de motivare a schimbării şi pe strategii de limitare a răului. Schimbarea motivaţională este adesea susţinută de ceea ce se întâmplă în viaţa clientului. Moartea unui membru al grupului din care face parte consumatorul de drog, îl poate determina pe acesta să se gândească serios la întreruperea consumului de drog. Multe alte evenimente de viaţă pot precipita schimbarea.
- **Faza de contemplare**. Important este ca clientul să recunoască faptul că are o problemă. Intervenţia principală se referă la a aduce clientul în situaţia în care conflictul să fie trăit foarte intens.
- **Faza de acţiune**. Este faza în care are loc luarea deciziei de a schimba comportamentul. Terapia este orientată către punerea în discuţie a automatismului comportamentului de consum, a circumstanţelor în care are loc consumul de drog şi a situaţiilor de risc crescut.
- **Faza de menţinere.** Este stadiul în care se consolidează comportamentul de schimbare. În acest moment sunt foarte importante schimbările în stilul de viaţă. Schimbarea stilului de viaţă presupune descoperirea unor alte nevoi, a unor modalităţi de a satisface aceste nevoi, unor noi moduri de petrecere a timpului liber (equally rewarding). Marlatt şi Gordon au descris rolul unor dependenţe alternative în prevenirea recăderii de-a lungul perioadei de menţinere (Benett, 1998). Dependenţele alternative pozitive au efecte pozitive de lungă durată.
- **Recăderea** se poate întâmpla în acest stadiu al menţinerii. De multe ori în această fază se face centrarea pe evitarea provocărilor în loc să se facă centrarea pe modalităţi alternative de răspuns.

Terapia multiplă de familie

Terapia multiplă de familie este o tehnică care a trebuit să fie adaptată în lucrul cu toxicomanii. Acest tip de terapie poate fi folosit în toate instituţiile pentru toxicomani dar a avut cel mai mare succes în instituţiile rezidenţiale unde familia este accesibilă şi disponibilă. Terapia multiplă de familie cu toxicomani a fost iniţiată de Laqueur într-o secţie a unui spital de stat (Kaufman, Cahiers de Thérapie Familiale).

Specialiştii care au abordat toxicomanii prin terapia multiplă de familie au ajuns la concluzia că cu cât motivaţia şi implicarea pacientului sunt mai mari cu atât este mai uşor să angajezi familia în terapie. Instituţia cea mai potrivită pentru aplicarea acestui tip de terapie este o comunitate terapeutică. Este de preferat ca toxicomanul să invite familia dar şi terapeutul poate telefona sau trimite un formular membrilor acesteia.

Kaufman a lucrat cu un grup familial multiplu format din 40 până la 50 de membri. Grupul cuprindea pacienții identificați și familiile lor apropiate. Sunt incluși și prietenii și amanții, aceștia jucând un rol foarte important în viața toxicomanului. Înainte de a fi acceptați în grup membri familiei trec printr-un interviu. Elaborarea unei genograme este foarte importantă.

Terapia multiplă de familie poate fi corelată și cu ședințe de terapie de familie clasice. Astfel că anumite secrete familiale pot fi discutate în aceste ședințe de terapie familială clasică fiind evitate în ședințele de terapie multiplă. Totuși membri familiei sunt încurajați să le abordeze în ședințele de terapie multiplă.

Întregul grup poate juca, la un moment dat rol de terapeut familial. Familiile își împărtășesc experiențele și își oferă ajutorul. „Terapia multiplă de familie oferă familiilor ocazia de a învăța unul de la altul pe bazele analogiei, a interpretării indirecte, a imitației și identificării" (Laqueur, Cahiers de thérapie familiale).

Grupul este dispus într-un mare cerc, coterapeuții fiind așezați la distanțe egale pentru a permite observarea întregului cerc. Kaufman nu folosește estradă pentru familia protagonistă pentru că acest lucru ar sabota participarea și identificarea cu alte familii. Familiile se așează împreună și modul de a-și găsi locul trebuie observat cu atenție pentru că astfel se pot identifica schemele structurale.

La începutul ședinței fiecare membru al grupului își spune numele și rolul. Un membru al grupului va descrie scopul pentru care s-au adunat. Sublinierea scopului poate scoate în evidență importanța înțelegerii modului în care mecanismele familiale au dus la abuzul de droguri.

În general se lucrează intens cu trei sau patru familii într-o seară. Aproape toate celelalte familii de pe margine sunt implicate emoțional și participă verbal.
Pe parcursul terapiei, membri familiei sunt confruntați cu rolurile pe care fiecare le deține în apariția și întreținerea toxicomaniei. Familia este confruntată și cu propria ei nevoie de a întreține toxicomania. Această primă fază a terapiei este foarte importantă pentru că, în funcție de modul în care se manifestă relația terapeut-membri familiei, aceștia pot sabota sau nu creșterea terapeutică. Poate exista riscul ca toxicomanul să părăsească terapia tocmai pentru că este foarte prins în capcana relațională familială. Membri familiei pot deveni conștienți de capcana relațională care întreține toxicomania unuia dintre membri. Acest lucru nu este, însă, de ajuns. Această capcană poate funcționa în continuare. Avantajul aplicării acestui tip de tratament în comunitatea terapeutică este acela că pacientul poate fi observat permanent. Comportamentul său poate fi un indicator al dinamicii relațiilor în familia sa. Semnele de dezadaptare, comportamentul deranjant pot indica faptul că familia s-a reîntors în capcana relațională.

Sculptura familială și coregrafia sunt des folosite în cadrul unui grup de terapie multiplă de familie. Scopul este acela de a topi intelectualizarea excesivă sau anxietatea.
Terapia multiplă de familie aplicată familiei toxicomanului implică și prescrierea unor sarcini familiale și a unor roluri în vederea redefinirii relațiilor familiale.

Succesul sau insuccesul unei astfel de terapii depinde foarte mult și de stilul propriu al terapeutului. Kaufman, de exemplu, este foarte centrat pe disfuncționalitățile familiale, pe delimitarea granițelor între membri familiei, pe modalitățile constrângătoare de comunicare, pe mecanismele ***double bind***. Terapia multiplă de familie este centrată pe forțele familiale care mențin simptomul dar și pe forțele exterioare cu care acestea sunt conjugate.

Spaţiul terapiei de familie multiple este un spaţiu în care dinamica relaţiilor-capcană poate fi foarte bine observată şi abordată.

Intervenţia paradoxală în familia toxicomanului

Intervenţia paradoxală ca modalitate sistemică de abordare a familiei toxicomanului este foarte centrată pe relaţiile-capcană care se pot desfăşura în acest tip de familie. Există câteva ipoteze teoretice care stau la baza intervenţiei paradoxale. 1. **Cauzalitatea circulară este paradoxală**. La ce se referă cauzalitatea circulară? La faptul că un element poate fi în acelaşi timp şi cauză şi efect. 2. **Cadrul sistemelor umane este paradoxal**. Dacă devine „logic" se rigidifiază şi paradoxul trece în comunicare (Neuburger, Cahiers de Thérapie Familiale, 1988).

Guido L.Burbatti şi Laura Formenti listează numeroasele funcţii pe care intervenţia paradoxală le poate avea (Burbatti şi Formenti, 1993).

Acest tip de intervenţie are următoarele funcţii:

1. Accentuează existenţa unui cadru terapeutic.
2. Resupune implicarea activă a întregului sistem în munca terapeutică.
3. Determină retroacţiuni.
4. Furnizează structură pentru intervenţiile viitoare.

În ce priveşte cadrul terapeutic, acesta este din start paradoxal. Dar Bateson specifică foarte clar că acest lucru nu este valabil decât pentru primul nivel de înţelegere. Acest prim nivel presupune identificarea elementelor care interacţionează în manieră rigidă şi repetitivă. (Neuburger, Cahiers de Thérapie Familiale, 1988) După Neuburger, există două niveluri la care pot fi identificate aceste circuite repetitive:

- pe de o parte aceste circuite repetitive ne indică elementele care constituie sistemul şi cu care trebuie lucrat;
- pe de altă parte permit propunerea unei alte definiţii a problemei în interiorul sistemului;

Adepţii abordării sistemice au scos foarte bine în evidenţă faptul că tocmai caracteristica de paradoxal a sistemului uman îi conferă vitalitate. Paradoxul este prezent mai ales în situaţie de criză. Sistemul se luptă pentru homeostazie şi în acelaşi timp are nevoie de schimbare. Un membru al familiei are nevoie să crească dar în acelaşi timp aparţine familiei. Gândindu-ne la familia toxicomanului avem exemplul tipic al situaţiei toxicomanului în perioada de postcură. Familia îl tratează în continuare ca pe un consumator în acelaşi timp cu încercarea de a şterge cu buretele faptul că el a avut vreodată această problemă. De aici comunicarea paradoxală în această situaţie, care este o situaţie de schimbare.

Pornind de la caracteristica de paradoxal a sistemelor umane, Neuburger propune, în spiritul terapiei sistemice de familie, un model terapeutic care vizează restabilirea paradoxului în terapie. Reintroducerea paradoxului în familie ar reprezenta primul nivel de recadraj terapeutic. La al doilea nivel, terapeutul elaborează intervenţii paradoxale în funcţie de derularea scenariului familial.

Primul nivel de intervenţie clinică. Identificarea cauzalităţii circulare. Redefinirea problemei. Atunci când vorbeşte de identificarea cauzalităţii circulare, Neuburger vorbeşte despre identificarea „buclelor repetitive" care împiedică individul să evolueze. În cazul toxicomaniei definiţia problemei de către familie este toxicomania. Din

acest motiv este necesară redefinirea problemei, problemă care poate fi conflictul conjugal sau blocaje ale membrilor familiei.

Un exemplu ar fi cazul A. A este singurul copil al familiei X. Tatăl vine în cabinet cu „problema” care este toxicomania fiului său. Totul mergea perfect în familie până la toxicomania fiului său. Mitul familiei ideale prezent în această familie implică existența unor mecanisme relaționale repetitive, deci rigide. Nevoia de creștere identitară a fiului, însoțită de toxicomanie se poate traduce prin necesitatea de schimbare în această familie. Numai că situația de criză necesară schimbării îl panichează pe tată, care preferă cu orice preț menținerea homeostaziei și excluderea factorului de schimbare care este fiul său. Relevant este că mama, care s-a sustras tot timpul terapiei, dezvoltă un cancer chiar în momentul în care se pune problema excluderii fiului din familie. Conflictul conjugal se declanșează, tatăl amenințând cu divorțul. Bineînțeles că mama și, în cele din urmă, tatăl s-au sustras terapiei dar exemplul reflectă foarte bine necesitatea redefinirii problemei atunci când avem de-a face cu familii cu toxicomani. Cazul lui A este tipic pentru familiile cu toxicomani.

Reintroducerea paradoxului în cadru. Recadrarea terapeutică

Plecând de la ideea introdusă de Bateson și apoi susținută de Mara Selvini Palazzoli a paradoxalității sistemului familial, terapeuții sistemici sunt de părere că la un moment dat trebuie reintrodus paradoxul în sistemul familial ca intervenție terapeutică. Neuburger oferă un model de reintroducere a paradoxului în sistemul familial.

A. Tehnica circularității informației

Neuburger este de părere că un prim nivel de reintroducere a paradoxului este tehnica întreținerii circulare a informației. Se pare că momentul, în care membri familiei ajung la a emite păreri contradictorii, puncte de vedere diferite este momentul potrivit pentru reintroducerea paradoxului.

B. Prescrierea simptomului și conotația pozitivă

Aceasta este considerată ca tehnică de intervenție paradoxală. Ea trebuie folosită cu grijă în cazul heroinomanilor. Nu este recomandat să fie folosită la începutul terapiei cu toxicomani. Este de preferat ca prescripțiile paradoxale (contraparadoxul) să fie folosite la sfârșitul terapiei.

Important pentru abordarea sistemică a familiei toxicomanului este redefinirea problemei. Bineînțeles că majoritatea familiilor cu toxicomani se prezintă în cabinetul terapeutului ca și cum singura lor problemă ar fi toxicomania. Dacă terapeutul rămâne la definirea problemei de către familie atunci există riscul ca el să intre în sistemul familial și să participe la mecanismele repetitive specifice acelei familii. Din acest motiv este foarte important ca terapeutul să redefinească problema împreună cu membri familiei și să identifice acele elemente de repetitivitate pentru a putea interveni la acel nivel.

Intervenția terapeutică de tip sistemic vizează tocmai acele relații-capcană, care au și caracteristica de repetitivitate, identificate și în familia toxicomanului. Interesant este că acest tip de intervenție se bazează pe lansarea unei capcane terapeutice pentru a scoate familia din propria ei capcană. Ea reprezintă o abordare deosebită a familiei toxicomanului pentru că nu este vizată toxicomania în sine. Toxicomania este văzută ca un simptom ca și anorexia sau schizofrenia.

Un model bazat pe creşterea motivaţiei (MET, Motivational Enhancement Therapy)

Terapia bazată pe creşterea motivaţiei pentru schimbare este o intervenţie care are ca scop stimularea schimbării la persoanele cu probleme de alcool. Este bazată pe principiile psihologiei motivaţionale şi îşi propune producerea unor schimbări rapide în ce priveşte motivaţia internă. Această strategie de tratament nu vizează ghidarea clientului pas cu pas ci, bazându-se pe strategii motivaţionale, vizează mobilizarea resurselor clientului.

MET pleacă de la ideea că responsabilitatea şi capacitatea de schimbare se află în interiorul clientului. Sarcina terapeutului este aceea de a crea condiţiile necesare acestei schimbări prin stimularea motivaţiei intrinsece a clientului.

Abordarea MET ia în considerare importanţa pe care o poate avea prezenţa unei persoane apropiate în decizia clientului de a-şi schimba comportamentul de consum. Implicarea persoanelor apropiate în terapie poate duce la creşterea motivaţiei pentru schimbare. Persoanele apropiate pot fi soţia, membri familiei, prietenii. De obicei clienţii simt o puternică nevoie de a aduce cu ei aceste persoane în primele două şedinţe de terapie. Aceste persoane sunt foarte implicate în aceste şedinţe. Prezenţa persoanelor semnificative în MET mai are un avantaj. Permite obţinerea feed-backului în ce priveşte dezvoltarea şi implementarea scopurilor tratamentului. Clientul şi această persoană semnificativă pot lucra asupra problemelor care pot interfera cu atingerea scopurilor (MET Manual, 1995).

Scopurile implicării persoanei semnificative în tratament

Scopurile sunt următoarele:

– stabilirea raportului între persoana semnificativă şi consilier.
– creşterea conştientizării acestei persoane în ce priveşte severitatea problemei cu alcoolul.
– întărirea angajării persoanei semnificative în a-l ajuta pe consumator să depăşească problema cu alcoolul.
– întărirea importanţei pe care o poate avea persoana semnificativă în schimbarea clientului.
– importanţa feedback-ului de la persoana semnificativă. De exemplu soţiei i se poate cere să îşi împărtăşească grijile privind trecutul, prezentul şi viitorul clientului.
– centrarea pe niveluri înalte de coeziune şi satisfacţie maritală.

MET nu implică terapie intensivă maritală sau de familie. **Principiul pe care îl are în vedere este centrarea pe acele aspecte pozitive ale relaţiei clientului cu persoana semnificativă şi asupra modului în care pot lucra pentru a depăşi criza determinată de problema consumului de alcool.** Li se poate cere atât clientului cât şi persoanei semnificative să scoată în evidenţă punctele tari. Se poate orienta şedinţa către adoptarea unor scopuri specifice. Consilierul nu trebuie să permită clientului şi persoanei semnificative cu care se află în relaţie să petreacă o mare parte din şedinţă, plângându-se denigrând sau contemplând.

Explicarea rolului persoanei semnificative

În mod ideal, clientul poate fi însoţit de la prima şedinţă de această persoană semnificativă. Invitaţia pentru aceasta se face numai pentru prima şedinţă. La începutul şedinţei, consilierul scoate în evidenţă importanţa faptului că persoana semnificativă a

fost de acord să participe la această şedinţă. Apoi se ia în discuţie raţiunea pentru care aceasta este prezentă:

- Persoana semnificativă are grijă de client, iar schimbarea îi afectează pe amândoi.
- Informaţiile primite de la persoana semnificativă sunt de ajutor pentru fixarea scopurilor terapiei.
- Persoana semnificativă poate fi de ajutor, în mod direct, lucrând cu clientul la depăşirea problemei legate de consumul de alcool.

Şedinţa 1

În prima şedinţă la care participă şi persoana semnificativă, un scop foarte important este stabilirea unui cadru în care aceasta să se simtă atât de confortabil încât să-şi împărtăşească grijile şi să dezvăluie informaţiile care ar putea ajuta la producerea schimbării. Tot această persoană ar putea să identifice problemele potenţiale care ar putea interfera cu atingerea scopurilor.

În şedinţa 1 persoana semnificativă poate juca un rol foarte important în încercarea clientului de a depăşi incertitudinile şi ambivalenţa legate de consumul de alcool. I se poate cere acestei persoane să inventarieze costurile şi riscurile implicate de dependenţa de alcool. Acest feedback care provine de la persoana semnificativă poate fi adesea mult mai important decât informaţiile date de consilier. Persoana semnificativă îi poate provoca clientului conflictul emoţional legat de familie şi consumul de alcool. El poate conştientiza faptul că nu poţi avea, în acelaşi timp, o familie fericită şi o dependenţă de alcool. În aşa fel poate intra în funcţiune balanţa decizională. Dacă feedback-ul dat de persoana semnificativă este total negativ atunci există riscul ca clientul să abandoneze tratamentul.

Este important de reamintit că MET nu este o abordare centrată pe formarea de deprinderi. Scopul principal este acela de a stimula clientul şi persoana semnificativă să emită idei în legătură cu ceea ce ar putea fi făcut. Consilierul poate motiva această persoană pentru a intra în rol activ în a-l ajuta pe client să depăşească problema.

Şedinţa 2

În această şedinţă persoana semnificativă îşi întăreşte rolul pe care l-a căpătat în şedinţa 1. În această şedinţă clientul poate deveni mai puţin rezistent după ce a fost stimulat în şedinţa 1 să se gândească la consumul de alcool şi la problemele implicate de acesta. Atunci când strategiile schimbării şi scopurile sunt discutate, persoana semnificativă este stimulată să îşi exprime propriile păreri în legătură cu aceste lucruri. Se abordează orice discrepanţă în ce priveşte viziunile persoanei semnificative şi ale clientului asupra consumului de alcool. Se folosesc informaţiile din evaluare pentru a rezolva discrepanţa. Dacă nu se poate ajunge la un acord atunci se întârzie decizia. Obiectivul constă în a stabili scopuri care sunt pentru ambele persoane satisfăcătoare.

Există şi posibilitatea ca implicarea persoanei semnificative să saboteze creşterea motivaţiei clientului pentru schimbare şi poate duce la agravarea problemei consumului de alcool. Este foarte importantă identificarea acestei probleme potenţiale şi abordarea ei. Scenariile următoare pun în evidenţă situaţiile în care implicarea persoanei semnificative poate avea un impact negativ asupra MET (MET Manual). Este vorba despre următoarele situaţii:

- Situaţia în care persoana semnificativă face comentarii care tensionează relaţia şi aşa tensionată. Intervenţiile consilierului pot fi sabotate de comentariile acesteia.
- Comentariile persoanei semnificative sugerează o atitudine indiferentă sau ostilă faţă de client. Ea manifestă o lipsă de preocupare faţă de încercările clientului de a se schimba. Implicarea persoanei semnificative pare să nu aibă nici un efect benefic asupra creşterii motivaţiei clientului.
- Persoana semnificativă pare incapabilă să facă schimbările cerute de client, schimbări care ar putea facilita o ameliorare în problema consumului de alcool. De exemplu ea poate continua să-i reproşeze clientului consumul de alcool în ciuda cererilor din partea acestuia.

Acestea sunt câteva scenarii din care iese clar în evidenţă modul în care persoana semnificativă poate sabota MET.

Există câteva strategii de minimizare a interferenţei persoanei semnificative cu scopurile terapiei:

- *Limitarea implicării excesive a persoanei semnificative în şedinţă.* Se poate limita în mod explicit implicarea persoanei semnificative, de către consilier, prin folosirea unui spaţiu de şedinţă pentru a furniza informaţii în legătură cu severitatea consumului şi cu tratamentul care poate fi aplicat. Interacţiunea consilierului cu persoana semnificativă poate fi limitată la clarificări în legătură cu informaţiile furnizate, cu scopul de a se asigura dacă aceasta a reuşit să înţeleagă problema clientului şi planul schimbării.
- *Centrarea şedinţei pe client.* La începutul şedinţei se poate anunţa că centrarea discuţiei se face pe client în sensul ajutării clientului să-şi clarifice motivele pentru care a ajuns în terapie.
- *Limitarea implicării persoanei semnificative în luarea deciziilor.* Dacă participarea acestei persoane se anunţă problematică atunci se poate permite acestei persoane să participe la cele două şedinţe dar fără a i se cere implicarea directă.

Este foarte important faptul că nu este necesar ca persoana să fie invitată şi la a doua şedinţă.

Tipul de intervenţie pe care l-am prezentat mai sus face parte dintre intervenţiile care vizează efecte în timp foarte scurt. Este un mod aparte de a aborda toxicomanul în contextul lui, pentru că nu ia în considerare numai familia ci orice relaţie semnificativă pentru el. Într-adevăr, o astfel de terapie poate avea efect în timp foarte scurt şi într-o primă fază de tratament a dependenţei este foarte eficientă. Relaţiile-capcană sunt abordate la suprafaţă prin „ceea ce se vede".

Câteva concluzii

Observaţiile referitoare la modul în care poate fi prins toxicomanul şi familia sa în scenariul terapeutului se bazează pe mărturiile unor terapeuţi consacraţi şi pe experienţa personală.

Mi s-a părut foarte important de semnalat faptul că scenariul de viaţă al terapeutului poate fi modelat de curentul terapeutic căruia acesta îi este fidel. În acest caz putem vorbi despre capcana pe care o poate reprezenta un sistem terapeutic. Până la urmă

şi sistemul terapeutic este un scenariu cu roluri clare. În cazul în care scenariul de viaţă al terapeutului invadează spaţiul terapeutic, atunci avem de-a face cu o abordare extrem de subiectivă a problemei familiale. Când scenariul terapeutului se bazează în principal pe regulile unei orientări terapeutice, atunci avem de-a face cu capcana despre care vorbea Mara Selvini Palazzoli, capcana de sistem terapeutic.

Un alt lucru foarte important în dinamica scenariilor terapeutului şi ale pacienţilor mi se pare suprapunerea care se poate întâmpla între acestea. Riscul conturării unui scenariu comun în care şi pacienţii şi terapeutul să aibă rolurile pe care au nevoie să le exerseze este foarte mare. Dependenţa se poate instala pe termen lung fiindcă fiecare are rolul pe care şi-l doreşte. În concluzie iluzia relaţională poate fi menţinută multă vreme în cabinetul terapeutului.

CAPITOLUL 11:
Toxicomanul şi familia sa în scenariul terapeutului

Familia vine în cabinetul terapeutului încercând să-l prindă pe acesta în propriul lor scenariu-capcană. Terapeutul se poate lăsa prins şi atunci va deveni el însuşi „un element suplimentar de întărire a patologiei familiale," (Andolfi, 1987). Rolurile fiecărui membru al familiei se pot menţine şi atunci se poate instala dependenţa de terapeut pentru că acesta permite membrilor familiei să joace fiecare rolul pe care şi-l doreşte. Rolul terapeutului poate fi la fel de rigid şi de repetitiv ca şi cel al membrilor familiei.

Terapeutul îşi aduce şi el în cabinet propria iluzie relaţională. Are şi el scenariile lui, scenarii în care îl poate prinde pe pacient. Scenariul pe care îl „propune" pacientului poate avea amprenta propriei istorii de viaţă sau amprenta fidelităţii sale faţă de un sistem terapeutic. Atâta timp cât nu este conştient de capcanele relaţionale în care funcţionează zilnic, terapeutul are tendinţa de a-i prinde şi pe pacienţi în acestea.

Un alt tip de scenariu pe care dorim să-l abordăm în acest capitol este **scenariul-capcană cu efecte terapeutice**, pe care terapeutul îl poate folosi pentru a scoate pacientul din capcană. Relevante în acest sens sunt intervenţiile terapeuţilor de orientare sistemică şi anume intervenţiile paradoxale.

Scenariile şi „capcanele" terapeutului şi clienţilor se pot întrepătrunde. Interacţiunile cotidiene sunt aduse în cabinetul terapeutului şi acesta nu face decât să le agaţe şi să le transforme în „capcane terapeutice". Un terapeut poate pica foarte uşor în capcanele clienţilor săi, atunci când nu este conştient de propriul său scenariu.

Mara Selvini Palazzoli este unul dintre terapeuţii care a avut curajul să meargă dincolo de iluzia relaţională. „Paradox şi contraparadox" este o mărturie incotestabilă în ce priveşte modul în care terapeutul crează scenarii pentru pacienţii lui. „Intervenţiile terapeutice în familie, cele pe care le-am elaborat puţin câte puţin, ne-au părut a fi un proces de învăţare prin încercare şi eroare" (Mara Selvini Palazzoli, 1980). Limitele existenţiale ale terapeutului pot îngreuna procesul terapeutic. Aceste limite sunt trasate tocmai de scenariile în care este prins terapeutul. Mara Selvini Palazzoli nu se referă numai la obstacolul pe care îl poate reprezenta scenariul de viaţă al terapeutului ci şi la capcana pe care o poate reprezenta acea **„fidelitate"** la un sistem terapeutic. Acest sistem terapeutic poate funcţiona ca o altă capcană atât pentru pacient cât şi pentru terapeut. În articolul „Il nous faut aller au-dela du modèle systémique", Selvini Palazzoli ca reprezentantă a modelului sistemic consideră că este necesar să mergi dincolo de acest sistem care are limitele lui. Tocmai motivul evitării capcanei terapeutice pe care o reprezintă aderarea la un curent terapeutic îi determină pe membri echipei Şcolii de la Milano să adopte ceea ce ei numesc metafora jocului. „Metafora jocului adoptată de

echipa noastră ne-a oferit un mare avantaj. Pentru a înțelege mai bine jocul ne-a obligat să distingem mișcările fiecăruia dintre jucători și să verificăm importanța ierarhică a fiecăruia dintre ei" (Selvini Palazzoli, 1999). Selvini Palazzoli este de părere că multe școli de terapie familială manifestă tendința de a face din modelul sistemic o ideologie, pierzând contactul cu faptele clinice. Astfel, modelul sistemic devine un instrument care poate determina deturnarea de la creșterea terapeutică.

Selvini Palazzoli și membri echipei ei au ajuns la aceste concluzii în urma unei îndelungate experiențe terapeutice, bazate pe încercare și eroare, în domeniul a ceea ce noi numim relații-capcană.

Există și capcane terapeutice cu efect pozitiv asupra actului terapeutic. Intervențiile paradoxale de tip sistemic sunt o dovadă în acest sens. **„Sistemicii" lansează o capcană pentru a scoate familia din capcană.** Tehnica de prescriere a ritualurilor terapeutice de către membri Școlii de la Milano nu reprezintă decât o modalitate de a lansa capcane terapeutice, care vizează efectul pozitiv. „Am imaginat o tactică terapeutică care s-a dovedit foarte eficace. Ea constă în a prescrie ritualuri familiei. Aceste ritualuri sunt îndeplinite, în funcție de caz, o dată sau de mai multe ori" (Selvini Palazzoli, 1980).

În volumul „Paradox și contraparadox" Selvini Palazzoli și membri echipei ei descriu modul în care a funcționat un astfel de rit în abordarea terapeutică a unei familii cu un membru anorexic. Prescrierea acestui ritual avea ca obiectiv distrugerea unui mit familial elaborat în trei generații. Deoarece încercarea și eroarea este specifică acestui mod de intervenție sistemic echipa terapeutică își prezintă și erorile apărute în procesul terapeutic. Ritualul a fost prescris unei familii de tip clan în care toți bărbații au rolul lor din care nici nu se pune problema să iasă, femeile au rolul lor din care este inimaginabil să iasă. Ele nu trebuie să conteste niciodată rolul bărbaților. Aceste roluri s-au transmis din generație în generație. „De mult timp, cei care se nasc țărani mor țărani" (Selvini Palazzoli, 1980).

Mitul familiei ideale este prezent, „ În toată regiunea nu există familie în care să fie înțelegere ca la Cassanti. Se înțeleg bine, fără discuții, fără bârfe" (Selvini Palazzoli, 1980). Securitatea fiecăruia depinde de familie. Iată cum mitul reprezintă modalitatea acestei familii de a-și menține homeostazia. El funcționează ca un termostat care se declanșează de câte ori relațiile familiale sunt pe cale să se degradeze."(Selvini Palazzoli, 1980) Acest mit începe să se rigidifieze în familia Cassanti începând cu a treia generație. Motivul rigidifierii? Schimbările care ajung din ce în ce mai puternic în sânul familiei. Unul dintre membri familiei emigrează către oraș. Fiica lui cea mică, de o frumusețe extraordinară, începe să reducă alimentația la 14 ani și în câteva luni devine un schelet. Abandonează școala și încercările de psihoterapie individuală rămân fără efect.

La începutul terapiei echipa terapeutică face o serie de greșeli pe care le enumeră (Selvini Palazzoli, 1980):

- insistența terapeuților de a regăsi relații între membri familiei nucleare și clan;
- atitudinea ironică a terapeuților în legătură cu mitul familial;
- convingerea, moralistă și non-sistemică, în legătură cu faptul că singurul „sclav" al mitului familial este tatăl;
- tentativa, evident eșuată, de a convoca într-o ședință cele trei femei fără tatăl;
- abandonul simptomului de către Nora (persoana anorexică);

– ideea că Nora prin simptomul ei apără mitul familial (seducerea echipei terapeutice de către ameliorarea simptomului).

Seduşi, după cum ei se exprimă, de către ameliorarea simptomului, membri echipei terapeutice opresc terapia. După o perioadă primesc telefon de la tată, care îi anunţă în legătură cu o gravă tentativă de sinucidere a Norei. În acest moment terapeuţii iau în calcul relaţia Norei cu una dintre verişoarele ei. La un moment dat apare informaţia că această verişoară se poartă urât cu Nora de ani de zile, totuşi mitul familiei ideale nu permite ca acest lucru să fie acceptat de către părinţii ei. „Luciana este ca o soră pentru Nora" (Selvini Palazzoli, 1980). Nora participând la mit se îndoieşte şi ea de realitatea percepţiilor sale. În acest moment echipa terapeutică decide de a inventa şi de a prescrie un ritual. S-au gândit să prescrie „patologia" adică fidelitatea faţă de mit. Timp de două săptămâni membri familiei aveau sarcina să închidă uşa cu cheia în fiecare seară a zilelor impare, după cină. Li s-a cerut să se aşeze la masă şi să vorbească fiecare câte 15 minute în legătură cu sentimente, impresii privind comportamentul celorlalţi. Toţi ceilalţi trebuia să asculte fără a întrerupe. După cum se observă aceste sarcini sunt structurate ritual. Printre altele era prescrisă şi o întărire a atenţiei faţă de clan.

Ce a vizat această capcană terapeutică?

– Delimitarea familiei nucleare ca unitate distinctă de clan.
– Redarea locului Norei de membru al familiei nucleare.
– Încurajarea alianţei născânde între cele două surori.
– Dreptul fiecăreia de a-şi exprima propriile păreri fără a fi contrazis.
– Împiedicarea persistenţei coaliţiilor secrete, interzicând reluarea subiectului în afara reuniunilor (Selvini Palazzoli, 1980).

Prescrierile privind clanul i-a pus pe terapeuţi în poziţia de aliaţi ai membrilor familiei. Aceştia au fost prinşi într-o situaţie paradoxală. Au fost prinşi într-o capcană.

Familia a executat ritualul şi schimbările au început să apară. Nora a început să spună despre relaţia ei cu verişoara, în acelaşi timp simţindu-se vinovată pentru că spune lucruri urâte despre ea. Criza a fost declanşată. Conform mitului familial toţi membri familiei se ajutau unii pe alţii. De abia din acest moment terapia a mers pe calea bună pentru că problema a fost redefinită.

Acest caz este foarte relevant pentru modul în care o capcană terapeutică poate scoate pacientul din impas.

CAPITOLUL 12:
Capcanele familiei, capcanele terapeutului

Atunci când scenariul familiei și scenariul terapeutului se suprapun, atât terapeutul cât și familia pot rămâne multă vreme în iluzia relațională pe care și-o întrețin reciproc. Terapia se poate întinde la nesfârșit pentru că se poate ajunge la crearea unui scenariu comun în care participanții să se simtă confortabil. Fiecare își ia în primire rolul pe care are nevoie să îl exerseze sau în care are nevoie să fie confirmat. **Așadar tentația de a intra în rol este mare.**

„Da. Bineînțeles că terapeuții pot iubi mult. Eu cred că problema este aceea că dacă voi, terapeuții, iubiți ar fi mai bine să nu fiți implicați total: este vorba despre un rol pe care îl jucați. Dacă terapia voastră este bazată numai pe iubire atunci veți sfârși prin a folosi oamenii iar ei vă vor folosi pe voi. Veți fi într-o mare dificultate pentru că ar trebui să știți să iubiți în așa fel încât să nu oferiți copilului un model a ceea ce credeți voi că ar trebui să fie și este foarte dificil pentru terapeut să nu-și adopte pacienții" (Carl Witaker, 1999).

Carl Witaker este unul dintre terapeuții cărora le place să mărturisească despre terapia lor. Citind mărturiile unor terapeuți de familie ca Witaker sau Mara Selvini Palazzoli realizezi cât de ușor se poate instala în cabinetul de psihoterapie iluzia relațională. Ei confirmă faptul că atunci când îți propui să intervii terapeutic într-o familie ești prins în sistem, în capcană. Mara Selvini Palazzoli vorbește despre familie ca despre un labirint din care este imposibil să ajungi la ieșire, de la început, și „Cel mai mare obstacol în abordarea terapeutică a familiei suntem noi terapeuții" (Selvini Palazzoli, 1980). De ce? Pentru că terapeutul poate face loc membrilor familiei în propriul său scenariu de viață. „Sistemicii" spun: „Noi existăm într-un câmp de intersecție multiplu. Este vorba despre intersecția între maniera în care noi ne construim realul și maniera în care ceilalți construiesc realul" (Mony Elkaim, 1999).

Specialiștii în psihoterapie cunosc tentațiile unui psihoterapeut în cabinetul său. Gianfranco Cechin face un inventar al tentațiilor terapeutului. Un terapeut poate reacționa simțindu-se imediat util. El se simte util în fața unui pacient neajutorat. Această utilitate poate deveni o problemă pentru el. „...cu cât el va deveni mai util, cu atât familia sau pacientul devin mai neajutorați ceea ce va constitui o problemă pentru sistemul terapeut-familie" (Gianfranco Cechin, 1999). Alți terapeuți intră în rol de profesori. Ei îi învață pe membri familiei ce să facă, îi învață cum să fie un cuplu, cum să fie părinți. Cechin observă, „Cu cât un terapeut devine mai profesor cu atât membri familiei învață mai puțin și puteți fi prinși într-o terapie interminabilă" (G. Cechin, 1999). O tentație foarte răspândită este aceea de a încerca să controlezi oamenii. Această tentație poate veni în

întâmpinarea unora dintre pacienţi astfel că aceştia vor rămâne în terapie mult timp. Atâta timp cât terapeutul îşi va exercita controlul asupra lor. După Cechin, alt rezultat dezastruos în terapie se poate obţine datorită tentaţiei terapeutului de a proteja pacientul. Pe urmă mai întâlnim în cabinetele psihoterapeutice şi tentaţia de a pedepsi pacientul. Toate aceste tentaţii pot crea tot atâtea roluri ale terapeutului şi implicit tot atâtea scenarii întemeiate pe aceste roluri. Şi iată-l pe pacient prins în capcana terapeutului. Iată-l prins în scenariul mesianic sau în scenariul inchizitorului. Iluzia relaţională în care trăieşte terapeutul în viaţa sa cotidiană poate fi adusă şi în cabinetul terapeutic. El nu poate face abstracţie de relaţiile pe care le are, nu poate face abstracţie de istoria lui de viaţă.

Suprapunerea scenariului de viaţă al terapeutului peste scenariul pacientului. „Eu lucrez cu alcoolicii pentru că tata a fost alcoolic." sau „Pot să înţeleg foarte bine problema pentru că am trecut şi eu prin asta." sau „Am avut o experienţă identică. Am şi eu doi copii şi sunt măritată de zece ani. Vă spun că o să fie bine. Ne descurcăm noi." Asemenea fraze gândite sau emise de către un psihoterapeut reprezintă semnalul pentru faptul că **tendinţa terapeutului este de a prinde pacientul în scenariul lui de viaţă**. Acest scenariu nu este decât o capcană pentru pacient. Inconştientul familial al terapeutului este activat de întâlnirea cu inconştientul familial al pacienţilor lui.

CAPITOLUL 1:
Metodologia cercetării

1.1. *Ipoteze principale*

2. Presupunem că activarea şi menţinerea unor relaţii-capcană în familiile cu toxicomani se asociază pierderii, neasumării şi absenţei spaţiului identitar.

3. Presupunem că manifestarea unor tipuri specifice de dependenţă se asociază unei constelaţii de teme-nucleu, ("dezrădăcinare vs. înrădăcinare", "putere vs. slăbiciune", "control vs. lipsa control", "dependenţă vs. abandon-pierdere").

4. Presupunem că scenariile-capcană identificate în familiile ţintă se structurează pe baza patternurilor comportamentale transmise transgeneraţional.

Ipoteze secundare

1. Presupunem că episodul toxicoman este corelat cu nevoia de creştere, cu asumarea creşterii şi cu deturnarea de la creştere.

2. Presupunem că pierderea, neasumarea şi absenţa spaţiului identitar antrenează fenomene de fantomizare şi somatofantomizare care întreţin roluri şi relaţii perturbate la nivel intergeneraţional şi transgeneraţional.

3. Alegerile parteneriale ale persoanelor dependente sunt în directă conexiune cu dinamica transgeneraţională a acestora.

1.2. *Obiectivele cercetării*

1. Screening de identificare a persoanelor cu dependenţă emoţională şi de substanţă.

2. Utilizarea dramagenogramei şi somatogenogramei în identificarea patternurilor repetitive ce întreţin scenariile-capcană.

3. Analiza calitativă a dinamicii persona-umbră şi a patternurilor repetitive în cazurile selectate.

4. Identificarea mecanismelor implicate în transmisia relaţiilor-capcană (fantomizare şi somatofantomizare).

5. Configurarea de profile dinamice transgeneraţionale specifice populaţiei cu dependenţă de substanţă şi cu dependenţă afectivă.

6. Aprofundarea la nivel transgeneraţional a intervenţiei de tip unificare.

1.3. Metode utilizate

Suportul cercetării de doctorat a constat în analiza genogramelor specifice T.U. a 200 de subiecţi selectaţi dintr-un lot de 1200 de subiecţi cu vârste între 23 şi 55 de ani, provenind atât din mediul urban cât şi rural. Criteriile după care am selectat aceşti subiecţi se referă la prezenţa **fenomenului de dependenţă de substanţă la cel puţin un membru al familiei şi la prezenţa a cel puţin un eveniment-metaforă asociat temei-nucleu dezrădăcinare vs. înrădăcinare.**

Modalitatea folosită în demersul nostru de cercetare este umanistă, fenomenologică şi clinică. Cercetarea noastră vizează sensul şi semnificaţia comportamentelor şi fenomenelor observate.

Metodele calitative folosite în cercetarea noastră sunt:

– analiza calitativă de teoretizare

– metoda clinică

Analiza calitativă este un demers discursiv şi semnificant de reformulare, de explicare sau de teoretizare a unei mărturii, a unei experienţe sau unui fenomen (Paillé, 1996 apud Mucchielli, 2002)

Cercetarea calitativă în psihoterapie poate fi percepută în diferite moduri. Unul dintre modurile în care este percepută se referă la ea ca la o abordare pe care cercetătorii şi psihoterapeuţii au încorporat-o pentru a studia psihoterapia şi schimbarea în psihoterapie. O altă modalitate de a vedea cercetarea calitativă se referă la **metoda clinică** pe care cercetătorii clinicieni au folosit-o pentru a descrie şi explica procesele terapeutice şi efectele terapiei. Dintr-o perspectivă mai nouă cercetarea calitativă este înţeleasă ca fiind un grup de metode împrumutate din ştiinţele sociale şi umane. Aceste metode au fost aduse în psihologie, asistenţă socială şi în cadrul terapiei maritale şi de familie în ultimele decade pentru a furniza informaţii naturale, descriptive şi interpretative.

Analiza calitativă de teoretizare este o formă de analiză calitativă, cunoscută şi sub denumirea de **analiză prin teoretizare concretă**. (Paillé, apud, Mucchielli, 2002) Acest tip de analiză urmăreşte să genereze în mod inductiv o teoretizare la adresa unui fenomen cultural, social sau psihologic efectuând conceptualizarea şi relaţionarea progresive şi valide a datelor empirice calitative. Ea nu este o tehnică pentru construirea unui rezultat ci o metodă în serviciul unei activităţi. Produsul trebuie să fie întotdeauna ancorat în datele empirice. (Mucchielli, 2002)

Comparaţia constantă (Glaser, Straus apud Mucchielli, 2002) dintre teoretizare şi datele empirice permite **adecvarea empirică.** Generarea şi verificarea teoretizării au loc simultan.

Analiza calitativă de teoretizare se întâmplă în şase paşi: **codificarea, categorizarea, punerea în relaţie, integrarea, modelizarea, teoretizarea.**

Codificarea se referă la o primă analiză a datelor. Ne punem problema „Despre ce este vorba?, Ce avem aici?" (Mucchielli, 2002)

Instrumentul important al analistului în acest tip de demers este **categoria. O categorie este un cuvânt sau o expresie care desemnează la un nivel destul de ridicat de abstractizare un fenomen cultural, social sau psihologic aşa cum este perceput pe**

baza unor date. (Mucchielli, 2002) Întrebarea cheie în acest stadiu al analizei, numit **categorizare**, este „În fața cărui fenomen mă aflu?, Ce se întâmplă aici?"

Punerea în relație se referă la punerea în relație a diverselor categorii. Întrebarea este, „Există vreo legătură între ele?"

Integrarea se referă la fenomenul principal care apare în centrul teoretizării.

Modelizarea se referă la proprietățile și consecințele fenomenului.

În scopul surprinderii dinamicii intrafamiliale transgeneraționale în familia cu un membrii dependenți de substanță am introdus următoarele categorii: relații-capcană, scenarii-capcană, temă-nucleu, eveniment-metaforă, spațiu identitar, „obiect-fantomă", „fantomizare", creșterea identitară.

- **Relațiile-capcană** sunt relații cu mecanisme de autogenerare și autoîntreținere, care se construiesc și se transmit în cadrul unor scenarii-capcană familiale, ce prescriu comportamente familiale de tip patogen.
- **Scenariul-capcană** este un proces interacțional cu potențial patogen, greu destructibil și cu funcție de prezervare a mitului familial.
- **Tema-nucleu** concentrează polaritățile neintegrate între care oscilează membrii familiei la un moment dat. Temele-nucleu identificate într-o familie se asociază cu miturile și ritualurile familiale. În jurul temei-nucleu sunt constelate **evenimentele-metaforă** ce pot fi identificate la un moment dat într-o istorie familială transgenerațională. La un moment dat într-o istorie familială transgenerațională. **Ele sunt vectorii dinamogeni ai scenariilor transgeneraționale, antrenând repetiții sau restructurări specifice ale rolurilor polarizate transfamilial.** (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)
- **Evenimentul-metaforă** poate fi orice eveniment (acțiune, accident, boală psihică sau somatică, etc.) din istoria personală sau transgenerațională a individului poate reprezenta o metaforă în raport cu tema familială și îndrăznim să spunem cu logica destinului individului.
- **Spațiul identitar**. Corbusier spunea că prima dovadă a existenței noastre este aceea de ocupare a spațiului (apud Abraham Moles, Elisabeth Rohmer). **Spațiul care ne permite să ne confirmăm, să ne asumăm și să ne manifestăm o anumită identitate l-am numit spațiu identitar.** Putem vorbi despre un **spațiu identitar familial, spațiu identitar profesional** sau **spațiu identitar național.** În absența unui spațiu identitar obiectiv se activează un **spațiu identitar surogat** pe care îl asociem cu patologia identitară.
- **«Obiect-fantomă»**. Înțelegem prin „obiect-fantomă" orice obiect investit (persoană, spațiu habitual, locație, rol, obiect-simbol), cu care un individ a întrerupt relațiile în absența unui ritual de separare. (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005)
- **«Fantomizarea»** reprezintă un efect al fenomenelor de «criptă» și «fantomă» în scenariul prezent al unui individ. Dacă efectul este predominant somatic atunci vorbim despre **«somatofantomizare».**
- **Creșterea identitară** este asociată cu pasajele identitare și reprezintă efectul trecerii și confirmării în stadiul de adult.

Metoda clinică este o metodă de cercetare care permite construirea unor modele de înţelegere a realităţii psihice observate şi de a trata fenomene recunoscute ca patologice. (A. Ciccone, 1998) **Abordările numite clinice** îşi pun, în primul rând, problema asupra semnificaţiei şi sensului fenomenelor observate. (A. Ciccone, 1998)

Observaţia clinică folosită de noi este centrată pe dimensiunea experienţială a fiinţei umane. Câmpul observaţiei clinice vizează sociabilitatea, interacţiunile, interrelaţiile dar şi interioritatea psihică a subiectului, subiectivitatea sa. (Albert Ciccone, 1998)

Practica clinică pune în relaţie un subiect în dificultate şi un specialist care acordă ajutor. R. C. Kohn şi P. Nègre distinge două tipuri de observaţie clinică. **Este vorba despre „observaţia clinică structurată" şi „observaţia clinică relaţională".** (Albert Ciccone) Organizarea şi planificarea observaţiei clinice structurate evită generalizările şi clasificarea faptelor sau a comportamentelor. Ea ţine cont de unicitatea fiecărui individ şi vizează obiectivarea funcţionării lui.

R. C. Kohn şi P. Nègre susţin că aceste demersuri sunt clinice deoarece ele tratează studii de caz individuale examinate ca şi cazuri clinice. (Albert Ciccone, 1998)

Observaţia clinică relaţională. Ea se practică în psihanaliză şi în psihoterapiile experienţiale. Subiectul vorbeşte, povesteşte, se manifestă verbal şi non-verbal pentru că există cineva care îl ascultă, observatorul. Situaţia clinică presupune existenţa cuiva care ascultă, clinician, obsevator, interlocutor prezent. Clinicianul care observă, într-un asemenea context, se supune exigenţelor datorate acestui tip de observaţie. Pentru a fi receptiv la situaţia observată el trebuie să pună între ghilimele propria sa viziune asupra lumii şi propriile modele teoretice. El trebuie să fie conştient şi de impactul întâlnirii cu situaţia observată. Psihanaliştii vorbesc în această situaţie de contratransfer. În T.U., cadrul în care ne situăm, vorbim despre interferenţa scenariului terapeut-client. Terapeutul este conştient de interferenţa experienţei sale de viaţă cu experienţa clientului. El trebuie să facă o dublă observaţie, pe de o parte observaţia clientului şi, pe de altă parte, observaţia raportată la sine-însuşi.

Observarea mesajelor verbale şi non-verbale. Mesajele verbale sunt încărcate de sens la nivel conştient. Discursul non-verbal transmite mai degrabă un mesaj inconştient. Observaţia la nivel non-verbal vizează atitudinile, maniera de a fi, maniera de a fi. Observaţia clinică se centrează pe limbajul verbal, non-verbal şi pe interacţiuni.

Ca reper, pentru evaluarea familiilor pe care le-am asistat, am folosit grila lui Seywert. (anexa nr.)

- **Genograma şi Dramagenograma. Evaluare şi Intervenţie Psihoarheologică.**

Instrumentul pricipal folosit în vederea colectării şi analizei datelor îl constituie dramagenograma, dezvoltată în cadrul Terapiei Transgeneraţionale a Unificării.

Genosociograma a fost dezvoltată la Dakar de profesorul Henri Collomb, bazându-se pe studiile lui Moreno. « Genosociograma este o reprezentare a arborelui genealogic comentat (genograma) cu punerea în evidenţă, prin repere sociometrice, a diferitelor tipuri de relaţii ale subiectului...şi a legăturilor între diferitele personaje :coprezenţa, coabitarea, acţiunea comună, diade, triunghiuri, excluziuni... » (Schützenberger, 1993) Este foarte importantă identificarea repetiţiilor, a membrilor familiei care locuiesc sub acelaşi acoperiş, a injustiţiilor, excluderilor şi autoexcluderilor care se întâmplă la un moment dat în istoria familială.

Analiza genogramei în contextul T.U. a generat ceea ce noi numim dramagenograma (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005) reprezintă un mod de a lua contact cu harta personală internă prin intermediul reconstituirii istoriei familiale, vizând confruntarea cu umbra personală şi familială cu scopul integrării acelor elemente care devin manifeste în viaţa prezentă a individului. Ne referim, în special, la acele fenomene „regizate" inconştient, cripta şi fantoma. A-ţi recunoaşte rădăcinile asigură continuitatea filonului experienţial transgeneraţional şi umanitar iar prin schimbarea perspectivei şi reutilizarea filonului energetic repus în circulaţie redeschide persoanei drumul blocat şi stopează «programele» de autodistrucţie, autoanihilare şi autoeliminare (atât de frecvente în comportamentul majorităţii semenilor noştri), asociate cu blocaje de cunoaştere şi neclarităţi pe axa timpului. (I. Mitrofan, 2003)

Polarităţile identificate la nivel transgeneraţional se regăsesc la nivelul individului. „Spre deosebire de fotografiile normale fiecare fragment mic dintr-un film holografic conţine toate informaţiile înregistrate în întreg." (Michael Talbot, 2004) **Dacă luăm ca reper principiul holografic lansăm ipoteza că toate blocajele ce ţin de partea de umbră familială (secrete familiale, «fantome», etc.) sunt corespondente blocajelor la nivel individual.** Zonele de blocaj apar conform principiului găurii negre şi sunt de cele mai multe ori asociate cu secrete familiale. **Constelarea anumitor secrete familiale în jurul unui membru al familiei, în jurul unei relaţii familiale sau în jurul unei reţele de relaţii familiale se constituie într-un bloc energofag care poate imploza (schizofrenizarea relaţiilor familiale, apariţia unor boli somatice grave).**

Construcţia şi analiza genogramei în contextul Terapiei Unificării (Dramagenograma) se realizează conform paşilor următori:

– colectarea şi structurarea informaţiilor
– delimitarea nivelurilor intergeneraţionale
– identificarea temelor familiale şi analiza sensului existenţial:
a) identificarea patternurilor repetitive şi scenariilor de viaţă;
b) analiza rolurilor manifeste (în plan conştient şi inconştient) şi a celor latente;
c) analiza relaţiilor între membrii familiei;
d) analiza mecanismelor care întreţin manifestarea rolurilor şi a relaţiilor repetitive;
– restructurarea scenariului de viaţă.

• Colectarea şi structurarea informaţiilor.

Colectarea şi structurarea informaţiilor nu se reduce la un simplu interviu ci se poate corela cu demersul analitic. **O caracteristică deosebită a T.U. este tocmai faptul că evaluarea se poate face concomitent cu intervenţia psihoterapeutică. Terapeutul-martor,** descris în T.U., este foarte important în această etapă a construcţiei genogramei. Terapeutul este martorul reconstituirii de către client a istoriei familiale, ocazie de a intra în contact cu umbra familială, cu «fantomele» familiei sale. Genograma funcţionează ca un test proiectiv tocmai fiindcă în reconstituirea istoriei familiale se suprapun memoria familială şi memoria individuală a clientului conturate în urma unui proces selectiv. Acest proces selectiv se referă la ceea ce este bun pentru a fi transmis în raport cu prezervarea

familiei. Punctele de blocaj în anumite zone ale «hărţii familiale» corespund unor zone de blocaj individual. Un exemplu foarte relevant din acest punct de vedere mi se pare situaţia în care clientul nu reuşeşte să găsească «locul» uneia dintre rude în schema genogramei. Povestea rudei respective confirmă această ezitare. Ea fusese gonită de acasă de multe ori. Terapeutul ca martor îl poate însoţi pe clientul său în depăşirea acestor blocaje. Asemenea situaţii pot fi pretexte pentru analiză. Este necesar ca în astfel de situaţii terapeutul să îi creeze clientului cadrul în care să exploreze această omisiune, să exploreze zona de umbră familială. Până la demersul analitic propriu-zis se poate folosi ca pretext pentru analiză orice moment de ezitare, orice moment de rezistenţă.

Există 4 repere în construcţia şi analiza dramagenogramei:

1. **Statutul socioprofesional care permite analiza profesiilor.**
2. **Firea membrilor familiei, explorată cu ajutorul unor întrebări de tip «Cum l-ai descrie pe X ca fire?», «Ce se spune despre X?».**
3. **Evenimente-metaforă în viaţa membrilor familiei, necesare identificării polarităţilor la nivel familial transgeneraţional.**
4. **Informaţii în legătură cu bolile somatice pe baza cărora se conturează somatogenograma. Este foarte important de explorat contextul familial în care a apărut boala unuia dintre membri familiei, este foarte important de explorat şi perioadele care corespund repetiţiei unei boli, precum şi legăturile între acei membri ai familiei care au în comun o boală.**

Aşadar, primul reper ne permite analiza profesiilor, al doilea reper ne permite identificarea polarităţilor, al treilea reper se referă la constelaţia temelor-nucleu iar ultimul reper ne oferă posibilitatea construcţiei somatogenogramei.
Profesia şi boala pot fi modalităţi de identificare cu anumiţi membri ai familiei pe linie masculină sau feminină.

• **Delimitarea nivelurilor intergeneraţionale.**

Delimitarea nivelurilor intergeneraţionale este foarte importantă pentru demersul analitic ulterior. Clarificarea graniţelor intergeneraţionale reprezintă o necesitate pentru analiza şi clarificarea rolurilor şi pentru identificarea tipului de graniţă. Graniţele difuze sunt asociate cu rolurile confuze şi contaminate, precum şi cu absenţa, neasumarea sau pierderea spaţiului identitar.

• **Identificarea temelor familiale şi analiza sensului existenţial.**

Prin analiza genogramei din perspectiva Terapiei Unificării am observat că fiecare familie are una sau mai multe teme care se menţin transgeneraţional. Acestor teme îi sunt subordonate patternurile repetitive şi scenariile de viaţă. Din acest motiv identificarea **patternurilor repetitive şi a scenariilor multiple de viaţă precum şi analiza mecanismelor ce întreţin manifestarea rolurilor-cheie şi a relaţiilor repetitive reprezintă o etapă intermediară în identificarea temelor familiale. Identificarea patternurilor şi a scenariilor de viaţă care se repetă se realizează concomitent cu analiza dinamicii rolurilor la nivel inter-şi transgeneraţional.**

Această analiză vizează clarificarea **rolurilor manifeste și latente** corelată cu clarificarea relațiilor între diferiți membri ai familiei extinse. O analiză profundă a dinamicii rolurilor îi permite clientului să-și clarifice nevoile și așteptările în raport cu diferiți membri ai familiei precum și identificarea **rolurilor-cheie** care mențin transmisia transgenerațională a patternurilor relaționale. Clientul poate descoperi, în acest mod **„o colecție-rezervă de roluri înfășurate și polarizate"** tocmai în spațiul familial transgenerațional. (I. Mitrofan, 2003) Toate aceste roluri polarizate se regăsesc și la nivel individual. Prin intermediul dramatizării clientul poate descoperi că ceea ce respingea la o rudă exclusă de familie poate conține și el. Așadar, cum menționam mai sus, polaritățile identificate la nivel transgenerațional se reflectă la nivel individual. **Astfel, în contextul T.U., genograma devine pretext pentru integrarea polarităților.**

• **Restructurarea scenariului de viață.**

Conectarea cu umbra familială deblochează energia concentrată în acele găuri negre reprezentate de secretele familiale. Restructurarea scenariului de viață debutează odată cu conștientizarea semnificației rolurilor-cheie, a evenimentelor-metaforă și a temelor-nucleu familiale în cadrul istoriei transgeneraționale și în cadrul istoriei personale de viață a clientului și presupune integrarea polarităților. Polaritățile se manifestă prin intermediul rolurilor-polare. În context T.U. rescenarizarea prin dramatizare permite structurarea rolurilor alternative, unul dintre semnalele „efectului autotransformator". **„Un rol asumat conștient este un exercițiu în egală măsură etic, estetic și spiritual."** (I. Mitrofan, 2004) Clientul exersând aceste roluri alternative, care capătă semnificație în cadrul scenariului restructurat, primește **prima confirmare** în grupul terapeutic. Clientul are, însă, nevoie să fie confirmat în aceste roluri și de către comunitatea în care își duce viața, adică de membri familiei sale și de către alte persoane semnificative din viața sa, ceea ce ar corespunde integrării **„noilor semnificații în acțiuni realiste, eficiente, creatoare, cu sens unificator"** (I. Mitrofan, 2003) Această a doua confirmare este esențială pentru menținerea efectelor restructurării scenariului. De multe ori există un decalaj între cele două tipuri de confirmare. Confirmarea din partea membrilor familiei și a celorlalte persoane semnificative din viața clientului vine în timp. Este necesară o fază de experiment în care clientul devine martorul manifestării tendințelor vechi și al noilor alternative.

• **Analiza interferenței scenariilor (analiză didactică) în cadrul T.U.**

Analiza interferenței scenariilor reprezintă un aspect al **analizei didactice în T.U.** Interferența scenariului de viață al clientului cu scenariul de viață al psihoterapeutului reprezintă o realitate a cadrului psihoterapeutic. Suprapunerea celor două scenarii, al terapeutului și al clientului înseamnă întreținerea iluziei relaționale atâta timp cât terapeutul nu este conștient de rolul pe care îl joacă în scenariul de viață al clientului. „Terapia se poate întinde la nesfârșit pentru că se poate ajunge la crearea unui scenariu comun în care participanții să se simtă confortabil."(C.D.Stoica, 2002) Există roluri latente pe care nu le-am mai exersat de mult timp sau roluri ideale pe care nu le-am exersat niciodată. Ispita de a intra în ele este foarte mare atunci când ni se oferă cadrul. Acest cadru poate fi oferit chiar de clienții noștri. Construcția și analiza genogramei clientului poate activa la terapeut scenarii personale neconștientizate care îl pot scoate din poziția de martor. Analiza genogramei ne poate pune în contact cu aceste roluri latente

care ţin de secretele noastre familiale, care ţin de partea de umbră a familiei noastre. În etapa de construcţie a genogramei terapeutul se poate confrunta cu blocaje ce ţin de activarea propriului lui scenariu de viaţă, de activarea propriilor „fantome". În aceste momente de blocaj iese din starea de martor şi se identifică cu rolul sau rolurile în care „îl aruncă clientul" său.

Analiza interferenţei scenariilor în cadrul şedinţelor de supervizare a terapeutului este foarte importantă pentru a depăşi obstacolele generate de activarea propriului scenariu de viaţă. Interferenţa acestor scenarii poate genera blocaje în intervenţia terapeutică, contaminări de roluri, confuzie de roluri şi activare unor roluri latente în raport cu actul terapeutic.

În cazul metodelor calitative folosite există o validare în situaţie, adică subiecţii care au participat la cercetare confirmă sau nu informaţia „prelucrată" de cercetător. (Mucchielli, 2002)

CAPITOLUL 2:
Rezultatele cercetării

2.1. Constelaţia temelor-nucleu asociată dependenţei

Prin analiza genogramei din perspectiva Terapiei Unificării am observat că fiecare familie are una sau mai multe teme-nucleu care se menţin transgeneraţional. Unul dintre scopurile acestei analize ar fi **identificarea patternurilor repetitive şi a scenariilor transgeneraţionale** specifice unei familii precum şi **identificarea temei-nucleu** căreia i se subordonează acestea. În practica noastră clinică am identificat în familiile care se confruntă cu fenomenul dependenţei o **constelaţie de teme-nucleu** corelate cu miturile şi ritualurile familiale care au prezervat familia atâtea generaţii. **Abandon-pierdere vs. dependenţă, putere vs. slăbiciune, control vs. lipsa controlului, înrădăcinare vs. dezrădăcinare sunt teme-nucleu care se transmit transgeneraţional, de fiecare dată într-un alt plan, prin patternuri repetitive sau expresie simbolică somatică incluse unor scenarii-capcană pe care le-am abordat mai sus.**

1. Tema-nucleu abandon-pierdere vs. dependenţă şi scenariile-capcană aferente.

Tema-nucleu abandon-pierdere vs. dependenţă se referă la pierderea spaţiului identitar (case, pământuri, mutări dintr-o locuinţă în alta pe motive de schimbare a locului de muncă sau necesitatea unui spaţiu mai mare, separarea firească de familia de origine, deportări, exil, situaţii de refugiere), **pierderea averii familiei, pierderea copiilor** (prin moarte sau situaţii de înfiere), **pierderea partenerilor de viaţă** (prin moarte, dispariţie sau divorţ), **pierderea identităţii** (situaţii de abandon, înfiere, dispariţia părinţilor, boală psihică), **pierderi datorate unor boli somatice** (pierderea membrelor, paralizie, pierderea unui organ intern, etc.) În familiile centrate pe un astfel de scenariu, pierderea şi abandonul capătă un sens de prezervare a familiei. Descendenţilor li se transmite o mitologie în care pierderea şi abandonul sunt teme principale. În cazul în care pierderea se referă la spaţiul originar identitar, la emigrare, la deportare scenariul-capcană centrat pe pierdere şi abandon se corelează întotdeauna cu tema „dezrădăcinare vs. înrădăcinare". Teama de pierdere şi abandon generează comportamente de dependenţă şi control, integrate unor scenarii-capcană care se transmit transgeneraţional. **Astfel se conturează tema-nucleu abandon-pierdere vs dependenţă.**

Scenariile-capcană, centrate pe abandon şi pierdere se referă la **pierderea spaţiului identitar**, (incluzând evenimente-metaforă precum pierderea caselor, pierderea pământurilor, mutări repetate dintr-o locuinţă în alta, necesitatea unui spaţiu mai mare, separarea firească de familia de origine, deportări, exil, situaţii de refugiere), **pierderea**

averii familiei, pierderea copiilor (prin moarte sau situaţii de înfiere), **pierderea partenerilor de viaţă** (prin moarte, dispariţie sau divorţ), **pierderea identităţii** (situaţii de abandon, înfiere, dispariţia părinţilor, boală psihică), **pierderi datorate unor boli somatice** (pierderea membrelor, paralizie, pierderea unui organ intern, etc.) În familiile centrate pe un astfel de scenariu, pierderea şi abandonul capătă, paradoxal, un sens de prezervare a familiei. Descendenţilor li se transmite o mitologie în care pierderea şi abandonul sunt teme principale.

În cazul în care pierderea se referă la **spaţiul originar identitar**, la emigrare, la deportare scenariul-capcană centrat pe pierdere şi abandon se corelează întotdeauna cu tema „dezrădăcinare vs. înrădăcinare". Teama de pierdere şi abandon generează comportamente de dependenţă şi control. **Astfel se conturează tema-nucleu abandon-pierdere vs dependenţă descrisă mai sus.**

Scenariile-capcană centrate pe dependenţă au în prim plan relaţii de **dependenţă emoţională parental-filiale sau parteneriale sau dependenţă de substanţă**. Mitologia familială specifică unei astfel de familii este centrată pe **creşterea coeziunii familiale şi pe o relaţie slabă între membri familiei şi exterior**. Există mituri familiale specifice cum ar fi, „Noi suntem aproape şi la bine şi la rău. Noi suntem familia ta! O să-ţi dea alţii să mănânci?!"

Membri familiei care funcţionează în astfel de scenarii se confruntă cu dificultăţi în a face relaţii extrafamiliale, cu dificultăţi în găsirea unui partener sau a unei partenere, cu dificultăţi în menţinerea unor relaţii sociale, cu comportamente sociale inadecvate. Mama schizofrenogenă descrisă de Gregory Bateson pe baza experienţei cu familiile de schizofreni este tipică pentru dinamica intrafamilială care are în prim plan dependenţa.

Roluri specifice scenariilor-capcană centrate pe dependenţă:
– rol de copil supraadaptat
– rol de victimă
– rol de salvator
– rol de persecutor
– rol de „mamă sacrificată"

Dependenţa emoţională se manifestă prin situaţii specifice în cadrul acestor scenarii-capcană centrate pe dependenţă.

Dependenţa faţă de figurile primare (pattern repetitiv transgeneraţional) manifestată prin întârzierea separării până la o vârstă înaintată se poate diagnostica în **contexte tipice:**

- **bărbaţi şi femei care locuiesc cu ambii părinţii sau cu unul dintre ei până la o vârstă înaintată**. De obicei observăm, în aceste cazuri, indisponibilitatea parteneriala datorată unei anxietăţi de relaţie profunde. Teama de abandon este prezentă nu numai la acest tip de femei sau bărbaţi ci şi la antecesorii lor. Ea brăzdează întrega istorie transgeneraţională întreţinând relaţii-capcană de tip „Nu este momentul să creşti!"
- **bărbaţi şi femei care, deşi căsătoriţi, rămân în relaţii de dependenţă cu unul dintre părinţi**. Avem în vedere situaţii în care cei doi tineri căsătoriţi locuiesc cu părinţii unuia dintre ei sau locuiesc separat. În cazul în care aceşti tineri locuiesc în regim de familie extinsă, una dintre consecinţe este **confuzia**

identitară. Tinerilor le este dificil să-şi asume **parteneriatul** şi **parentalitatea** în lipsa unui spaţiu identitar. Relaţia copil-părinte care le conservă rolul de copil devine o capcană în acest caz. Socrii devin părinţii copiilor lor iar ei intră într-un alt tip de relaţie-capcană cu copiii lor, aceea de fratrie. Există şi situaţia în care perechea de tineri căsătoriţi locuieşte separat de familia lor de origine. Părinţii sau alt membru al familiei pot fi permanent prezenţi în relaţia soţilor chiar dacă ei locuiesc separat. Participarea la deciziile privind cuplul, participarea la amenajarea locuinţei cuplului sunt modalităţi prin care aceşti extramembrii ai familiei nucleare sunt prezenţi în relaţie. De multe ori ajung în clinică cupluri în care partenerii nu sunt în contact unul cu altul ci fiecare dintre ei este în contact cu un alt membru al familiei extinse. Iată un exemplu de fantomizare care afectează cuplul. Nici unul dintre ei nu este conştient de ceea ce îşi doreşte celălalt, de ceea ce are nevoie celălalt. În aceste cazuri în care membri familiei extinse intruzează cuplul tinerilor căsătoriţi am observat o **repetiţie şi o menţinere a unor tipuri de relaţii-capcană care împiedică abandonul şi menţin dependenţa**. Partenerii de cuplu acceptă această intruziune din loialitate familială dar şi ca modalitate de evitare a asumării rolurilor de adulţi şi de parteneri. Există un aspect ce ţine de partea materială implicată în relaţiile părinţi-copii. Există un model cultural la români legat de întreţinerea materială a copiilor până „la adânci bătrâneţi". O astfel de atitudine întreţine perpetuarea scenariului-capcană „Nu este momentul să creşti!"

- **Dependenţa reflectată în modul de asumare al spaţiului casei**. Graniţele neclare specifice în astfel de familii cu grad înalt de dependenţă se reflectă şi în modul de asumare a spaţiului casei. Intruziunea transgeneraţională şi interferenţa nevoilor membrilor familiei se reflectă şi în absenţa spaţiului identitar. E tipic pentru familiile româneşti ca mama să împartă patul cu copilul atunci când acesta este mic. Soţul se retrage în altă cameră, uneori, pentru o perioadă îndelungată. Dependenţa şi anxietatea de separare întâlnite la copil şi la viitorul adult reprezintă unul dintre efectele unui astfel de obicei. Un astfel de copil neseparat de mama lui se va dezvolta ca un adolescent şi un adult cu dificultăţi în integrarea în grupuri, cu dificultăţi relaţionale şi, uneori, cu comportamente inadecvate. Erodarea cuplului parental este un alt efect. Patologia familială asociată asumării sau neasumării spaţiului casei se referă şi la cazurile în care copiii dorm în pat cu unul dintre părinţi până ce ei devin puberi sau chiar adolescenţi. Am întâlnit această situaţie în 80% dintre familiile aparţinând lotului de cercetare. Modul în care membri familiei justifică împărţirea spaţiului este în primul rând economic. „Nu avem spaţiu.", spun ei. În legătură cu această opţiune de împărţire a spaţiului familiei putem spune că există rădăcini în familia tradiţională. Cum spunea şi Ruxandra Ghiţulescu (2004) în familia tradiţională nu există intimitate. Intruziunea este ceva firesc. Graniţele între membri familiei nu există. Catherine Durandin (2006) menţionează, într-una din cărţile ei despre Bucureşti, obiceiul ţăranilor români de a dormi în felul următor, mama cu fata într-un pat şi tata cu băiatul în alt pat.
- **Dependenţa de substanţă** este în toate cazurile asociată cu dependenţa emoţională. Opţiunea pentru un **spaţiu identitar surogat** (drogul este o poartă

de acces la astfel de spaţii) este un efect al neconfirmării în spaţiul real familial. Dependenţii de heroină, de exemplu sunt foarte legaţi de părinţii lor, aşa cum reiese din studiile lui Gianfranco Cechin şi din observaţiile noastre. Dependentul de heroină este foarte legat de mama sa. Această relaţie este singura care rezistă şi atunci când părăseşte familia. Separările sunt în cazul toxicomanului foarte dificile. Nu întâmplător episodul toxicomaniac apare la vârsta adolescenţei. În urma studiului pe genogramele familiilor din lotul de cercetare am observat că dependenţa de alcool antrenează în codependenţă şi pe ceilalţi membri ai familiei. Când vorbim despre codependenţă, de fapt, ne referim la acele relaţii de dependenţă emoţională care antrenează şi confirmă dependenţa de substanţă şi invers. **Pierderea şi abandonul generează scenarii-capcană centrate pe dependenţă.**

Roluri specifice scenariilor-capcană centrate pe abandon şi pierdere:
– rol de victimă
– rol de persecutor
– rol de sacrificat

2. Tema dezrădăcinare vs. înrădăcinare şi scenariile-capcană aferente

Dezrădăcinarea, aşa cum susţine şi Evelyn Granjon este asociată exilului, migraţiei, pierderii rădăcinilor, a originii. Ea generează ruptura legăturilor de apartenenţă, a relaţiilor şi provoacă o discontinuitate în timp. (Evelyn Granjon, 1999) Dezrădăcinarea vizează trei dimensiuni, spune Evelyne Granjon, individuală, grupală, familială şi culturală. Noi am observat că dezrădăcinarea **este o temă asociată cu pierderea necesară sau forţată a spaţiului, cu neasumarea spaţiului şi rădăcinilor, cu lipsa graniţelor interfamiliale şi extrafamiliale şi cu absenţa ritualurilor de separare.** Iolanda Mitrofan (2005) în cadrul T.U. face o corelaţie între tendinţele către dezrădăcinare sau înrădăcinare şi cele patru elemente apă, aer, pământ, apă. Simbolic, ce anume au de integrat dezrădăcinaţii şi înrădăcinaţii? "**Dezrădăcinaţii, cuceritorii sau nomazii** sunt identificaţi prin proiecţiile care semnalizează prezenţa excesivă sau deficitară a elementului aer." (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005) "**Înrădăcinaţii** (complementul celor analizaţi anterior) integrează elementul **„pământ"** – temă maternă matricеală, creator-stabilizatoare." (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005) **Pierderea necesară a spaţiului vizează acele evenimente-metaforă ce se referă la mutări dintr-o locuinţă în alta pe motive de schimbare a locului de muncă sau necesitatea unui spaţiu mai mare, sau separarea firească de familia de origine. Pierderea forţată a spaţiului se referă la deportări, exil, situaţii de refugiere. Emigrarea are o mare legătură cu neasumarea spaţiului identitar.**

În spaţiul românesc dezrădăcinarea are aspecte specifice. Pierderea spaţiului identitar este asociat cu câteva evenimente istorice. Unul dintre ele se referă la colectivizare şi naţionalizare, întâmplate după 1947. Am întâlnit în mod frecvent familii care şi-au pierdut casa sau pământurile, fiind deposedate în mod forţat conform noii politici comuniste de inspiraţie rusească. Multe dintre ele aveau unul sau mai mai mulţi membri închişi sau deportaţi. **Reacţia familiei româneşti la pierderea spaţiului identitar şi la dezrădăcinare se observă şi în prezent. Lipsa graniţelor clare, opţiunea pentru a locui în regim de**

familie extinsă, întârzierea separării tinerilor de părinţii lor, neconfirmarea în rol de adult, neconfirmarea în roluri parteneriale sunt tipice pentru confuziile identitare specifice dezrădăcinării. În România putem vorbi despre un **model cultural legat de creşterea copiilor** cu implicaţii în asumarea sau neasumarea parentalităţii. Multe generaţii de copii români au fost şi încă sunt crescuţi de bunicii lor. În această situaţie părinţii acestor copii întârzie asumarea parentalităţii iar copiii se confruntă cu sentimentul abandonului. Între copii şi părinţii lor se crează o relaţie de fratrie care nu exclude competiţia. În astfel de situaţii abuzul emoţional şi fizic este prezent.

Evenimentele-metaforă ale unei familii care au suportat repetate dezrădăcinări vizează reparator înrădăcinarea. Patternurile repetitive prezente într-o familie care are ca temă înrădăcinare vs. dezrădăcinare au ca scop înrădăcinarea.

Una dintre ipotezele secundare de la care am plecat presupune că dependenţa de un spaţiu, ataşamentul în raport cu o anumită casă, lipsa de mobilitate, imobilizarea din motive somatice sunt o reacţie la pierderea spaţiului, la pierderea casei, la pierderea pământului. Astfel, am întâlnit următoarele *evenimente-metaforă* legate de dezrădăcinare :

– dependenţa de un spaţiu, de persoane, de substanţă

– lipsa de mobilitate şi de activism

– imobilizarea din motive somatice cu afectarea în special a picioarelor (paralizie, amputarea picioarelor, miastenie)

Scenarii-capcană asociate temei dezrădăcinare vs. înrădăcinare.

- **Visul american şi nevoia de înrădăcinare**. De exemplu, în familia lui N. Una dintre temele principale este **înrădăcinare vs. dezrădăcinare**. Unul dintre străbunicii ei pleacă în America pentru a face bani cu intenţia de a se întoarce în ţară şi a-şi ridica o casă (nevoia de înrădăcinare). Acest străbunic se întoarce în ţară, însă, banii se cheltuie fără ca el să reuşească să se aşeze. Călătoria lui îşi pierde sensul. În generaţia următoare apare un bunic care într-o noapte rătăceşte drumul. Calul care ducea căruţa în care se afla acest bunic s-a învârtit toată noaptea în cerc. Ceea ce s-a transmis generaţiilor următoare din această întâmplare a fost că în urma acestei experienţe, bunicul şi-a pierdut minţile (şi-a pierdut sensul). Acest bunic reia, de fapt, „mişcarea" înaintaşului său, mergând fără sens, învârtindu-se în cerc. Mai târziu, în următoarea generaţie tatălui lui N. I se amputează un picior (piciorul drept). După cum se observă **tema-nucleu înrădăcinare vs. dezrădăcinare**, specifică acestei familii se reia din generaţie în generaţie dar la niveluri diferite. În ultima generaţie sunt afectate picioarele care sunt foarte legate de tema înrădăcinării. Orice boală este semnificativă. Cea a piciorului dezvăluie un start greşit pe calea creşterii. (Anick de Souzenelle, 1999)

Tema înrădăcinare vs.dezrădăcinare e constelată cu încă două teme-nucleu identificate de noi în analiza pe dramagenogramă, slăbiciune vs. putere şi control vs. lipsa controlului.

2. Tema slăbiciune vs. putere şi scenariile-capcană aferente.

Asumarea sau neasumarea puterii într-o familie, neacceptarea slăbiciunii sau abuzul de putere reprezintă subteme ale acesteia. Transmisia umbrei familiale în raport cu

această temă este foarte evidentă. De cele mai multe ori copiii preiau umbra părinţilor lor dându-le şansa să se mai confrunte o dată cu umbra familiei.

Sensul pe care îl dau membrii familiilor, cu care am lucrat, puterii este legat de **statut, autoritate, masculinitate, posesiunea unor bunuri materiale. În polaritate există slăbiciunea, dependenţa emoţională, submisivitatea, dependenţa de substanţă (alcoolism în special), sărăcia, lipsa bunurilor materiale, incapacitatea fizică.**
Scenarii-capcană asociate temei slăbiciune vs. Putere.

- În familia lui M. Există bărbaţi care consumă alcool în fiecare generaţie. Ceea ce se repetă în familia lui M. Este dificultatea întâmpinată în asumarea masculinităţii, dependenţa emoţională în raport cu familia de origine (neconfirmarea în rol de adult şi de bărbat), blocajul emoţional cu implicaţii în relaţia de cuplu. În această familie este prezent un pattern relaţional care se asociază cu inversiunea de rol-sex. Femeile sunt cele care-şi asumă responsabilităţile în casă, ele sunt cele care-şi asumă puterea. M. Se confruntă în viaţa lui prezentă cu lipsa iniţiativei, cu dependenţa faţă de mamă (locuieşte încă împreună cu mama, la 30 de ani). Loialitatea faţă de înaintaşi îl împiedică să-şi asume puterea masculină.

Există şi varianta în care descendentul unor astfel de bărbaţi cu dificultăţi în asumarea puterii intră într-un contrascenariu şi în mod reparator încearcă să-şi asume puterea, masculinitatea.

- **A fi puternic înseamnă a risca moartea.** S. Are o dificultate în a-şi asuma un anumit statut. I se propusese un post de director în instituţia la care lucra. A ajuns la cabinet într-o situaţie de mare incertitudine. Nu ştia dacă să accepte sau nu. Ceva îl împiedica. În urma analizei genogramei sale reiese că în familia lui, posedarea puterii a constituit o problemă de viaţă şi de moarte. Şi pe linie maternă şi pe linie paternă deţinerea averii a fost însoţită de crimă şi violenţă. Bunicul său a fost împuşcat pentru a i se fura din gospodărie. Un alt bunic a fost închis pe motivul că a fost chiabur şi primar. Iată cum statutul şi puterea sunt amprentate negativ în inconştientul familial. Ce anume i s-a transmis lui S. Prin intermediul umbrei familiale? A avea putere, a deţine avere poate însemna moartea.

În familia lui S. Există în fiecare generaţie o oscilaţie între asumarea puterii şi evitarea asumării ei. Consumul de alcool este prezent la majoritatea bărbaţilor din familia lui. În prezent S. Este contaminat de îndoiala, transmisă inconştient, bărbaţilor din familia sa. Paradoxal, asumându-şi această îndoială, S. Se identifică pe linie masculină. Deocamdată este singura lui modalitate de «a-şi asuma masculinitatea». Evitarea asumării puterii a fost într-o anumită secvenţă a istoriei lui transgeneraţionale singura o modalitate de supravieţuire.

- **O problemă des corelată cu tema slăbiciune vs putere este dependenţa de substanţă**. Familia tatălui nu a acceptat-o niciodată pe mama lui F., considerând-o „nedemnă" pentru această familie. Tatăl rupe legăturile cu familia sa şi devine alcoolic. Într-o astfel de familie partea de slăbiciune este concepută în partea de secret a familiei, în partea de umbră. Este vorba de ceva care nu trebuie să iasă la iveală fiindcă în acest mod ar fi ameninţată existenţa

familiei. Se întâmplă, însă, ca acest secret să se manifeste în viaţa familiei. O toxicodependenţă, o boală, un accident. Evitarea confruntării cu umbra familială duce la instalarea repetiţiei. Un exemplu de astfel de repetiţie se poate întâlni în cazul lui E. E. Este toxicodependent. Tatăl şi mama lui sunt „părinţi model” aşa cum au fost „copii model” şi „elevi model”. Tatăl a avut în tinereţe un episod de toxicomanie. Era dependent de tutun şi făcea abuz de alcool. Era perioada în care ar fi putut ieşi din rolul „copil cuminte” corelat cu scenariul familial „Nu este momentul să creşti !”. (C. D. Stoica, 2002) Strategia lui de a face faţă acelui episod trecător de toxicomanie a fost aceea de reveni în rolul de „copil cuminte”. Acest moment a coincis şi cu o blocare a creşterii fireşti. Până la vârsta de 40 de ani tatăl lui E. Nu a reuşit să-şi asume rolul de tată şi de soţ în mod adecvat. Mai mult, şi-a dezvoltat o strategie de a evita asumarea acestor roluri care consta în crize de astm bronşic. Fiul său adolescent devine toxicoman dându-i, încă o dată, şansa de a-şi asuma rolul de adult. Aşadar, printr-un comportament repetitiv, fiul îl pune în situaţia să-şi asume rolul de adult şi de tată, îl pune în situaţia să repare.

Startul greşit pe calea creşterii despre care vorbea Annick de Souzenelle se poate transmite peste generaţii. În acest mod umbra devine vehicul transgeneraţional şi ceea ce duce cu ea se poate manifesta, după cum am mai sugerat, prin comportamente repetitive sau boli somatice. Acestea sunt, întotdeauna, subordonate unei teme care corespunde sensului existenţial al unei familii şi care poate fi identificată prin analiza genogramei din perspectiva Terapiei Unificării.

Dependenţa de substanţă este o problemă des corelată cu tema slăbiciune vs putere. Reluăm cazul familiei lui F. In care mitul familiei ideale funcţionează foarte bine. Conform **principiului polarităţii** puterea asociată unui astfel de mit este însoţită de slăbiciune. Familia tatălui nu a acceptat-o niciodată pe mama lui F., considerând-o „nedemnă” pentru această familie. Tatăl rupe legăturile cu familia sa şi devine **alcoolic**. Observăm în acest caz absenţa ritualurilor de separare. Acest aspect este foarte important pentru instalarea alcoolismului său. **„Dacă nu mă pot separa, vă iau cu mine”**. Acest scenariu are ca mecanism ceea ce Abraham şi Torok numeau **fantasma incorporării.** Simbolic, familia de origine s-a transmutat în sticla de băutură. Alcoolul îi reduce anxietatea de separare şi „rezolvă” dramatic problema dependenţei, menţinându-l într-un tip substitutiv de dependenţă, de data aceasta nu doar afectivă, ci şi organică, regresivă. Nu întâmplător, alcoolul îl conduce direct, lent, dar sigur, la o degradare regresivă a întregii sale persoane – pseudo-copilăria câştigată şi menţinută prin autointoxicare este falimentară pentru separarea adultului, pentru asumarea identităţii sale mature.

Pe de altă parte, „a lua pe cineva cu tine” se referă şi la atenţia pe care membri unei familii cu toxicoman o concentrează asupra acestuia. **În familia „ideală”, descrisă mai sus, partea de slăbiciune este concepută ca secret al familiei.** Este vorba despre ceva care nu trebuie să iasă la iveală, fiindcă în acest mod ar fi ameninţată existenţa familiei. Se întâmplă, însă, ca acest secret să se manifeste în viaţa familiei. O toxicodependenţă, o boală, un accident – toate acestea pot fi evenimente-metaforă. Ele traduc sau încifrează simbolic un mesaj provocator. Sensul lui ar putea fi incitarea la schimbare, la evoluţie...

Evitarea confruntării cu Umbra familială duce însă la instalarea repetiției. Ce anume catalizează refacerea relațiilor-capcană? **Absența riturilor de separare și dinamica „fantomei".** Operând în interiorul acestei viziuni, Terapia unificării transgeneraționale reface prin mijloace specifice, creative și meditative conexiunile întrerupte și recuperează trecutul dintr-o perspectivă resemnificantă și transformatoare. Ea deblochează și stimulează procesul dezvoltării spirituale, personale, familiale și colective.

3. Tema nucleu control vs. Lipsa controlului și scenariile-capcană aferente

Această temă este prezentă frecvent în dinamica transgenerațională a familiilor cu toxicomani. Este o temă asociată foarte des cu tema putere vs.slăbiciune. Controlul se traduce în istoria acestor familii prin rigiditate, reguli foarte stricte, intruziune și paradoxal prin lipsa granițelor. Lipsa controlului este asociată violenței, exceselor, dependenței de alcool, dependenței de alte substanțe.

Scenarii-capcană centrate pe control. În acest caz este vorba de scenarii-capcană bazate pe relații care implică multe ritualuri, reguli, manifestarea autorității. Scenariile-capcană centrate pe control sunt asociate, în special, cu **temele control vs. lipsa controlului și putere vs. slăbiciune.** În familiile care funcționează pe baza acestui scenariu-capcană se respinge, prioritar, ceea ce este asociat cu slăbiciunea, adică exprimarea emoțiilor, eșecul, boala și alte tipuri de vulnerabilități. Miturile familiale specifice manifestării acestui scenariu-capcană exclud slăbiciunea și vulnerabilitatea, ele fiind trecute în partea de secret. Membri familiei sunt valorizați pentru performanță, statut, putere materială, reprimare emoțională.

Roluri specifice scenariilor-capcană centrate pe control:

– rol de „șef al familiei"
– rol de „țap ispășitor"
– rol de general

2.2. Dinamica abandon-pierdere-dependență-control

În urma studiului genogramelor subiecților din lotul de cercetare am identificat **dinamica abandon-pierdere-dependență-control** implicată în menținerea relațiilor-capcană și scenariilor-capcană prezente în familiile care prezintă dependență. În contextul acestei dinamici dependența este un fenomen de reacție la pierdere și abandon.

Dinamica APDC este asociată scenariilor-capcană „Nu este momentul să crești" și „Dacă crești vei avea probleme", și prezenței constelației temelor-nucleu „abandon-pierdere vs. dependență", „putere vs. slăbiciune", „control vs. pierderea controlului", „dezrădăcinare vs. înrădăcinare".

Dinamica APDC este implicată în menținerea scenariile-capcană abordate mai sus:

– scenarii-capcană cu temă predominantă abandon-pierdere vs. dependență
– scenarii-capcană cu temă predominantă putere vs. slăbiciune
– scenarii-capcană cu temă predominantă control vs. pierderea controlului
– scenarii-capcană cu temă predominantă înrădăcinare vs. dezrădăcinare

• **Problematica clinică asociată dinamicii APDC este:**

– **întârzierea separării de familia de origine.** Ne referim la bărbaţi şi femei de peste 25 de ani care locuiesc cu părinţii şi au dificultăţi în a face relaţii sociale, în a-şi găsi un loc de muncă în a se integra social. În cazul acestor persoane există un decalaj între nivelul emoţional şi vârsta reală. Relaţia dintre mamă şi copil rămâne neschimbată şi când acesta ajunge adult. Problema legată de asumarea identităţii de rol-sex este tipică pentru astfel de persoane. Rolul de copil supraadaptat îi împiedică să-şi asume nevoile de femei sau de bărbaţi. Dependenţa de substanţă apare des în astfel de cazuri. Alianţa între mamă şi copil îl exclude treptat pe soţ din spaţiul familial. Lipsa de confirmare în rol de partener în spaţiul familial îl mână pe soţ într-un spaţiu în care primeşte această confirmare. „Bufetul", restaurantul, barul sunt spaţii în care soţul se simte confirmat ca barbat. Activitatea pe care o face împreună cu alţi bărbaţi îl confirmă ca bărbat. Paradoxal, consumul de alcool îl confirmă ca bărbat.

Scenariile-capcană centrate pe dependenţă prezintă această interdependenţă între consumul de substanţă şi dependenţa emoţională.

Psihopatologia corelată acestei situaţii se manifestă prin anxietate de relaţie, atacuri de atacuri de panică, depresie.

– **dependenţa de partener.** Dependenţa de partener implică acele situaţii în care partenerii de cuplu se confruntă cu dificultăţi în comunicare, cu violenţă familială dar rămân împreună. Dependenţa poate fi efectul repetiţiei unui pattern relaţional integrat unui scenariu transgeneraţional centrat pe dependenţă.

– **codependenţa.** Codependenţa se referă la modul în care membrii familiei dependentului participă la întreţinerea simptomului. Dependenţa emoţională întreţine dependenţa de substanţă.

– **crize individuale centrate pe tema controlului**
– **crize de cuplu centrate pe tema controlului**
– **crize familiale centrate pe tema controlului**
– **crize individuale centrate pe tema abandonului**
– **crize de cuplu centrate pe tema abandonului**
– **nevroze obsesiv-compulsive**
– **sindrom anxios-depresiv**
– **atacuri de panică**

Identificarea dinamicii APDC implicată în întreţinerea relaţiilor-capcană specifice toxicomaniei poate fi şi o modalitate de evaluare a problematicii clinice individuale şi familiale.

2.3. Dinamica scenariilor-capcană în familia toxicomanului. (scenarii-capcană centrate pe dependenţă)

Evaluarea calitativă a familiilor cu toxicomani cu care am lucrat mi-a permis surprinderea unor aspecte ale dinamicii relaţiilor-capcană şi scenariilor-capcană într-o astfel de familie. În cazul toxicomaniei scenariul-capcană social este foarte important. El poate anula scenariul familial, punând în pericol integritatea familiei. Ferreira vorbeşte despre două mituri familiale foarte importante care pot fi identificate şi în familia

toxicomanului. Este vorba despre mitul familiei ideale şi despre mitul marginalizării. Scenariul-capcană social în care rolul principal este al toxicomanului poate pune în pericol mitul familiei ideale dar se poate suprapune peste mitul marginalizării.

Importantă pentru surprinderea dinamicii scenariilor-capcană în familia toxicomanului este faza în care se află aceasta. Am identificat două faze importante în identificarea şi evaluarea relaţiilor-capcană în familie, faza de tragedizare şi faza de presiune a schimbării.

Un alt obstacol în progresul terapiei poate fi scenariul de viaţă al terapeutului precum şi fidelitatea faţă de un anumit sistem terapeutic.

Faza de tragedizare.

Fenomenul „tragedizării" este tipic în faza imediată aflării veştii că fiul sau fiica consumă droguri. Pentru că familia funcţionează ca un sistem, această capcană a tragedizării îi poate înghiţi nu numai pe părinţi ci pe toată familia. „Nu mă mai pot ocupa de serviciu. Mi-e teamă că o să-mi pierd postul. Nu mai am chef să fac nimic. Nici eu şi nici soţul. Nu îmi pot reveni." Acesta este unul din momentele în care părinţii se prezintă la un specialist, fie el din domeniul dezintoxicării. Ei vin sau nu însoţiţi de copiii lor. Ce ar fi de făcut într-o asemenea situaţie ? Dacă starea de dependenţă este instalată, bineînţeles, primul pas este dezintoxicarea. Este simplu ! Însă, persoana dependentă este ea de acord cu dezintoxicarea ? Doreşte ea să se lase de consumul de droguri ? Părinţii care au trecut prin această situaţie ştiu foarte bine că dacă fiul sau fiica lor nu îşi doresc dezintoxicarea, recăderea se va întâmpla imediat după ieşirea din secţia de dezintoxicare sau în paralel cu tratamentul ambulatoriu pentru suport, pe perioada dezintoxicării, se întâmplă şi consumul de droguri. Aşadar, toxicomanul se poate afla în stadiul pe care doi specialişti în toxicomanie, Prochasca şi Di Clemente, îl numesc de precontemplare. Este vorba despre acel stadiu în care consumatorul de drog nu consideră că consumul ar fi o problemă pentru el. El găseşte tot felul de raţionalizări pentru a-şi justifica comportamentul. Drogul îi oferă numai avantaje. „Este modul meu de a mă distra." „Mă ajută să mă simt bine şi nu există nimic care să mă facă să mă simt bine atât de repede. Altfel mă plictisesc. Toţi prietenii mei consumă." Acestea sunt justificări tipice pentru această fază de precontemplare. În acest stadiu un rol foarte important îl poate avea psihoterapeutul care poate lucra cu toxicomanul pe sistemul de motivare, având suportul părintelui. Pentru a renunţa, din proprie iniţiativă, la consumul de droguri persoana dependentă are nevoie de motivare. Acesta este unul dintre momentele în care terapeutul se poate manifesta în cadrul triunghiului toxicoman-părinte-terapeut. Părintele care a depăşit faza de „tragedizare" poate acorda suport fiului sau fiicei aflată în situaţie de criză. Părintele care nu a depăşit faza de tragedizare şi care nu a reuşit să accepte situaţia poate sabota munca psihoterapeutului, întreţinând comportamentul de consum. Reproşurile, suspiciunea, atitudinea moralizatoare, în general, pot menţine dependenţa.

În situaţii de criză confuzia comunicării creşte iar relaţiile-capcană ies la suprafaţă. Aşadar, faza de tragedizare este un moment foarte bun pentru a identifica şi a evalua relaţiile-capcană într-o familie.

Fiind vorba despre o situaţie de criză poate ieşi, în mod clar, în evidenţă modul în care familia face faţă situaţiilor de criză. Mă refer la strategii de a face faţă şi la reacţii în legătură cu transgresarea regulilor familiale. Specific pentru familiile aflate în această

situaţie este senzaţia că nu există ieşire. În cabinet intră părinţii şi „problema". De obicei „problema" nu are nimic de spus. În aceste condiţii se întâmplă ceea ce aş numi fenomenul „vieţi paralele". Fiecare membru al familiei vorbeşte pentru el, în paralel. Strategiile de a aborda situaţia de criză sunt întemeiate tot pe mitul familiei. Acesta poate fi mai important decât recuperarea persoanei dependente. Am întâlnit familii în care mitul familiei ideale este foarte important. În aceste familii centrarea este pe imaginea familiei şi nu pe recuperarea toxicomanului. În acest caz capcana este foarte puternică pentru că atunci când persoana dependentă nu îşi mai găseşte locul în scenariul familial a există un mare risc de eliminare a acesteia. „Mai bine pleacă, să nu mai ştiu de el."

O altă reacţie tipică în faza de tragedizare este căutarea reţetelor. Există familii care nu au strategii propriu-zise de a face faţă problemelor cu care se confruntă. Sunt acele familii care caută reţete în curtea vecinilor, în mass-media sau în „gura satului". După părerea noastră căutarea reţetelor în astfel de familii confirmă funcţionarea mitului „Nu este momentul să creşti!".

Faza de presiune a schimbării şi comunicarea paradoxală în familia toxicomanului.

Relaţiile-capcană generate de presiunea schimbării în familia toxicomanului în perioada postdezintoxicare reprezintă numai un aspect al scenariilor-capcană care se derulează în acest tip de familie.

În experienţa noastră cu familiile cu toxicomani am identificat faptul că momentul recăderii toxicomanului este asociat cu ceea ce am numit presiunea schimbării. Presiunea schimbării se referă la toţi acei factori care forţează, într-un fel sau altul, schimbarea fără a ţine seama de ritmul individului. Este vorba despre un fenomen frecvent în ciclul recuperării toxicomanului şi poate declanşa o adevărată criză atât persoanei dependente cât şi familiei din care face parte. Această criză se poate asocia cu recăderea pentru că presiunea poate fi atât de puternică încât cedarea se întâmplă spontan. La ce se referă această presiune a schimbării? Fiecare individ are ritmul lui de schimbare, de evoluţie, de asimilare. Nu poţi impune unei persoane propriul tău ritm şi nu îi poţi atribui propriile tale nevoi. Nici ca părinte nu poţi cere copilului tău să adopte ritmul tău şi nu îi poţi cere să adopte nevoile tale. Ne-am întâlnit destul de des cu situaţia în care părintele îl însoţeşte pe copilul său la cabinet şi situaţia în care părintele îl însoţeşte pe copilul său la cabinet şi vorbeşte în locul acestuia. Acest părinte se comportă ca şi cum nevoile sale ar fi nevoile copilului său. Atunci când acest lucru se întâmplă, persoana al cărui ritm este ignorat poate avea senzaţia că nu este acceptată aşa cum este, cu ritmul şi nevoile sale. Nevoia de a fi acceptat este una dintre principalele nevoi ale unei persoane care face eforturi pentru a depăşi o criză şi această persoană poate fi toxicomanul în perioada postdezintoxicare. În „euforia" generată de faptul că copilul lui a întrerupt consumul de drog părintele începe să aibă aşteptări nereale în raport cu acesta, uitând că nu se poate renunţa, la un stil de viaţă, peste noapte. Aceste aşteptări nereale pun în umbră nevoile reale ale persoanei dependente. Părintele aşteaptă ca fiul lui să îşi ia toate restanţele cu toate că el se află, încă, în perioada de recuperare. Alt părinte aşteaptă ca fiul lui să fie tot aşa de liniştit cum era când era copil sau aşteaptă ca fiul lui să nu mai aibă nici un secret în raport cu el. Nevoia de a fi acceptat aşa cum este, nevoia de suport şi înţelegere, nevoia de intimitate, nevoia de a i se arăta, din nou, încredere sunt nevoi ale

tânărului toxicoman în raport cu care părintele nu este receptiv atunci când el este centrat pe „planul" pe care îl are pentru fiul său şi nu pe ritmul şi nevoile acestuia. Am întâlnit mulţi părinţi care spuneau că ar face orice pentru ca fiul lor toxicoman să fie bine. Dar ce însemna acest „orice"? Acupunctură, o excursie la munte, bani... Acest „orice" pe care l-ar face părintele pentru copilul lui are legătură cu nevoile reale ale acestuia? Are legătură, de exemplu, cu nevoia de a fi respectat? Nevoia de a fi respectat ca fiinţă umană este o nevoie reală a persoanei dependente care încearcă să se reintegreze şi această nevoie există, în special, în raport cu persoanele apropiate. Este foarte adevărat că „inconfortul" părinţilor aflaţi în această situaţie este maxim dar „împiedicarea" în acest inconfort scade receptivitatea în raport cu nevoile reale ale tânărului dependent. Acţiunile unora dintre părinţii aflaţi în această situaţie se pot traduce aşa: „Am nevoie ca toate lucrurile să fie aşa cum au mai fost. Am nevoie de siguranţă şi de previzibil. Am nevoie să ştiu că nu o să mai faci nimic care să mă scoată din ale mele. Nu trebuie să mai ai nici o problemă." Cu alte cuvinte, „Nu este momentul să creşti!'' Aşadar, presiunea schimbării se întâmplă la graniţa între nevoile reale ale persoanei dependente şi nevoile celor care fac parte din mediul său de viaţă. Pe de o parte, există nevoia tânărului dependent de a fi tratat ca o persoană capabilă de a-şi schimba stilul de viaţă, de a fi tratat cu încredere şi respect iar pe de altă parte există nevoia de securitate a părinţilor. Nevoia de securitate a părinţilor este corelată cu nevoia de control, cu nevoia de a şti că totul va fi aşa cum trebuie... Tensiunea generată de presiunea schimbării poate determina reacţii tipice ale părinţilor aflaţi în această situaţie. Una dintre reacţiile lor tipice se traduce printr-o atitudine paradoxală: tendinţa de „a şterge cu buretele" experienţa legată de consumul de droguri (ţine de incapacitatea de a-şi asuma această experienţă) şi tendinţa de a-l trata pe tânărul dependent ca şi cum ar consuma în continuare. Această atitudine paradoxală generează o comunicare paradoxală, adică îi pune pe membrii familiei in situaţia de a intra în relaţii-capcană. Pe de o parte, părintele îi cere fiului său să uite peste noapte că a fost toxicoman iar, pe de altă parte, îl tratează ca şi cum ar consuma în continuare. E ca şi cum i s-ar spune, „Da. Ce a fost a fost dar, ia să văd, astăzi ai consumat? Ai ceva în buzunare?" Mulţi dintre toxicomani au această experienţă în perioada de dezintoxicare. Comunicarea paradoxală implică, un dublu mesaj şi îi obligă pe membrii familiei să intre in relaţii-capcană. Unele familii cu toxicomani au „tradiţie" în folosirea comunicării paradoxale şi relaţiile-capcană pe care le generează acest tip de comunicare se transmit din generaţie in generaţie atâta timp cât nu vor fi conştientizate. Tendinţa de a comunica paradoxal creşte mai ales în situaţii de criză şi apare şi în familii care nu au „tradiţie" în a comunica în acest mod. Perioada în care persoana dependentă a trecut de la statutul de consumator la statutul de neconsumator este o situaţie de criză în familie, situaţie în care comunicarea paradoxală se intensifică datorită presiunii schimbării.

Trecerea de la statutul de consumator la statutul de neconsumator. Şi părintele, ca şi tânărul dependent, are nevoie de timp pentru a-şi recăpăta încrederea în fiul lui şi pentru a se obişnui cu noul statut al acestuia, statutul de persoană care nu mai consumă. Aşa apare reacţia paradoxală. Este conştient că fiul lui nu mai consumă dar se comportă ca şi cum acesta ar consuma în continuare. Pe de altă parte tânărul care a renunţat la consumul de droguri se aşteaptă să fie tratat ca atare. „Dacă nu mai consum mă aştept ca ceilalţi să nu mă mai trateze ca pe o persoană dependentă şi nici ca pe o persoană care nu a avut niciodată de-a face cu drogurile. Aştept să fiu tratat ca o persoană care a depăşit o perioadă critică". Tânărul încearcă să îşi descopere noi interese, încearcă să fie integrat

într-un alt mod în familie şi în societate. Toate aceste nevoi şi aşteptări necomunicate nici de copii şi nici de părinţi se traduc printr-o mare tensiune şi confuzie. Tensiunea şi confuzia pot fi evitate în momentul în care fiecare dintre cei implicaţi devin conştienţi în legătură cu ceea ce aşteaptă fiecare de la celălalt. În triunghiul toxicoman–părinte–psihoterapeut, psihoterapeutul poate servi ca un fel de geam prin care tânărul toxicoman şi părintele lui să se vadă aşa cum sunt ei, cu ritmul lor, cu nevoile lor, cu aşteptările lor. La un moment dat suspiciunea părintelui poate deveni atât de insuportabilă încât persoana dependentă să se hotărască să plece de acasă sau să recadă. Reacţia lor este următoarea, „O să mă duc să iau din nou o bilă ca să le arăt că sunt drogat aşa cum mă cred ei." Şi uneori, mulţi dintre aceşti tineri chiar o fac. Manifestarea suspiciunii şi neîncrederii este legată de o anumită tendinţă către „detectivism" a părinţilor în această perioadă.

În urma cercetării asupra familiilor cu toxicomani s-a confirmat ipoteza că episodul toxicoman este corelat cu nevoia de creştere identitară, cu asumarea creşterii identitare şi cu deturnarea de la creşterea identitară.

Pentru a exemplifica această dinamică ne-am oprit asupra scenariului-capcană. De ce ne-am oprit la abordarea acestui scenariu-capcană pe care l-am intitulat „Nu este momentul să creşti !"? În primul rând fiindcă este asociat cu presiunea schimbării şi cu recăderea şi în al doilea rând pentru că are ca nucleu această nevoie de creştere.

În societăţile tradiţionale au existat, întotdeauna, rituri de trecere într-un alt stadiu al dezvoltării umane. Unele dintre aceste rituri marchează trecerea de la stadiul de adolescent la stadiul de adult, de femeie şi de bărbat. Nevoia de creştere identitară a tânărului este recunocută în acest fel. Comunitatea îl confirmă pe tânăr ca adult, ca femeie, ca bărbat. Amintim, în acest sens, Bar Mitzvah, ceremonia evreiască ce marchează trecerea puberului la stadiul de bărbat. Odată cu fenomenul de desacralizare occidentală ritualurile tradiţionale şi-au pierdut sensul, fiind înlocuite cu alte «ritualuri» specifice societăţii de consum. Consumul de tutun, de alcool şi alte droguri, sexualitatea au devenit «ritualuri» de trecere la stadiul de adult, dar şi modalităţi de separare de familia de origine. Astfel, mitologia comunitară tradiţională referitoare la trecerea în stadiul de adult a fost înlocuită cu o alta care afectează şi în prezent relaţiile intrafamiliale. Creşterea identitară este asociată cu pasajele identitare şi reprezintă efectul trecerii şi confirmării în stadiul de adult. Nevoia de creştere identitară, de separare, de autonomizare este profund umană dar contextul în care se întâmplă poate genera modalităţi patologice de satisfacere a acesteia. **Consumul de tutun, de alcool, de heroină sunt modalităţi patologice de satisfacere a nevoii de creştere identitară.**

Ipoteza referitoare la nevoia de creştere identitară a fost **confirmată de observaţiile privind comunicarea în aceste familii. Am identificat aspecte ale dinamicii familiale specifice toxicomaniei în urma evaluării familiilor cu care am lucrat. Nevoia de creştere identitară este asociată în familia românească cu toxicomani cu deturnarea de la creştere. Incapacitatea acestor persoane de a-şi comunica propriile nevoi şi de a le asculta pe ale altora poate fi corelată cu deturnarea de la creştere identitară. Deturnarea de la creştere satisface, în aparenţă, nevoia adolescentului de creştere.**

Deturnarea de la creştere identitară este un fenomen observat în familia românească. În perioada în care adolescentul începe să manifeste nevoi specifice vârstei, părinţii intră în panică deturnându-şi copiii de la satisfacerea acestor nevoi. Există diferite modalităţi prin care aceşti părinţi îşi menţin copiii în scenariul «Nu este momentul să creşti!»:

– negarea acestor nevoi, «Mă fac că nu aud.» Aceşti părinţi pot fi recunoscuţi prin faptul că îşi tratează copiii ca şi cum ar avea o vârstă mult mai mică decât în realitate.

– intensificarea măsurilor coercitive. Dintr-o dată aceşti părinţi amplifică sistemul de reguli existent până în acel moment. Constrângerea devine modalitatea prioritară de comunicare între părinţi şi adolescenţi.

– absenţa părinţilor din relaţia cu adolescenţii lor şi implicit absenţa limitelor

Ce anume îi face pe aceşti părinţi să se raporteze în acest fel la nevoia de creştere a adolescenţilor lor? În rpimul rând menţionăm propriul lor blocaj emoţional. «Nevoia» de a rămâne fixaţi la o anumită vârstă emoţională. Vârsta emoţională la care sunt fixaţi aceşti părinţi

2.4. Deturnarea de la creşterea identitară asociată unor scenarii şi relaţii-capcană

Pentru ilustrarea modului în care funcţionează triunghiul nevoia de creştere identitară-asumarea creşterii-deturnarea de la creşterea identitară am ales câteva exemple scenarii-capcană asociate scenariului-capcană principal «Nu e momentul să creşti!»

1. «Fiul risipitor»

Familia pe care o aduc în discuţie demonstrează foarte bine modul în care scenariul-capcană „Nu este momentul să creşti !” s-a transmis de la o generaţie la alta. Este vorba despre o familie formată din părinţi, care au depăşit uşor vârsta de 40 de ani, şi din doi băieţi cu vârste apropiate, 17 şi 18 ani. Până în urmă cu doi ani au locuit, în regim de familie extinsă, împreună cu părinţii soţului. **A locui în regim de familie extinsă se asociază cu absenţa spaţiului identitar necesar asumării rolurilor de soţ, soţie, mamă, tată.** În urma analizei se confirmă dificultatea celor doi părinţi de a-şi asuma rolurile parentale şi parteneriale. În momentul în care s-au separat, spaţial, de părinţii soţului au debutat problemele pe care le au în legătură cu fiul lor mai mare, probleme legate de consumul de droguri. Aşadar, puşi în situaţia de a-şi asuma rolurile parentale ei se confruntă cu un eşec.

Modul în care mama şi tatăl îşi descriu familia corespunde mitului familiei ideale, descris de Ferreira. Ei nu au avut niciodată nici un fel de probleme. Mama se descrie pe ea însăşi, „Eu am învăţat bine, am făcut o facultate, m-am căsătorit, am făcut copii. Soacra mea mi-a fost ca o a doua mamă. Mi-e şi milă de ea în momentul acesta în care îi creăm probleme cu băiatul! Ei sunt bătrâni, nu mai au chef de aşa ceva”. Iată un discurs tipic pentru un copil supraadaptat ! Mama a rămas ani de zile copilul supraadaptat şi în relaţie cu socrii. Putem lansa ipoteza că unul dintre scenariile familiei de origine ale

mamei este **„Ca să nu ai probleme nu trebuie să creşti !"**. Dinamica perdere–abandon–dependenţă–control este prezentă. Tatăl la rândul lui se descrie pe el însuşi exact ca pe fiul său. El ne spune despre fiul său, „Este un băiat atât de bun! Munceşte, îşi vede de lecţii, face sport şi nu are prieteni dubioşi ca celălalt". Pe cine ne descrie tatăl ? Un copil supraadaptat care îşi mulţumeşte părinţii, care nu le creează probleme şi care îşi vede de treaba lui. Pe măsura derulării şedinţelor la care a participat tatăl, ne dăm seama că portretul fiului corespunde portretului tatălui în adolescenţă. În urma evaluării am aflat că tatăl îşi asumă într-un mod dificil rolul de tată, tocmai pentru că nu a avut **spaţiul identitar** necesar pentru a-şi crea şi pentru a exersa acest rol. Tatăl familiei a fost întotdeauna bunicul. Mama spune despre tată, „De câte ori apare o problemă în familie el nu doarme noaptea. Şi îl apucă şi criza de astmă". Aşadar, tatăl joacă multă vreme rolul de al treilea copil în familie. Pentru a prezerva mitul familiei ideale este necesar scenariul „Nu trebuie să creşti!"

Din punct de vedere al prezervării acestui mit al familiei fiul mai mare reprezintă o ameninţare. El este ţapul ispăşitor, care strică imaginea familiei. Este acel membru al familiei care nu se integrează scenariului familial. Şi ce face el? Intră în contrascenariu. Se întâmplă fenomenul de **deturnare de la creştere identitară. Persoanele care trăiesc acest fenomen sunt acele persoane care au o nevoie naturală de creştere dar fiind sabotate în creşterea lor participă la un scenariu-capcană, care în aparenţă le satisface nevoia de creştere. Tendinţa la contrascenariu în astfel de familii este tipică.** Un exemplu în acest sens este tatăl care are, la un moment dat, în adolescenţă o perioadă în care bea mai mult. Aşadar, tatăl confirmă faptul că creşterea, cucerirea spaţiului identitar şi separarea de familia de origine este un fenomen natural care atunci când este sabotat generează activarea unor aspecte ce ţin de umbra familială. Cum a depăşit, tatăl, momentul? „M-am îndrăgostit de o fată şi mi-a trecut.", spune el. Tendinţa lui către creştere a fost reprimată de necesitatea de a se integra scenariului familial. Nevoia de control a părinţilor săi a împiedicat separarea firească şi conturarea propriului spaţiu identitar. Se pare că „Nu este momentul să creşti!", scenariul tipic pentru părinţii lui, a fost mai puternic decât tendinţa lui către creştere. Tatăl a rămas fidel scenariului-capcană familial dar mulţi ani a fost dependent de tutun. A renunţat la tutun datorită unei bronşite asmatiforme, care se manifestă puternic ori de câte ori el se confruntă cu o problemă în familie. Reacţia tatălui la probleme ne indică faptul că şi în familia de origine a funcţionat acelaşi scenariu, **„Dacă o să creşti o să ai probleme!"** Băiatul repetă episodul de toxicomanie al tatălui ca şi cum i-ar mai da încă o dată şansa de a creşte.

Unul dintre miturile descrise de Ferreira se manifestă în acest caz, mitul ispăşirii. Fiul se manifestă ca umbră a tatălui. Tatăl se identifică cu fiul mai mic în mod conştient dar cu fiul mai mare se întâlneşte la nivelul umbrei familiale. Este ca şi cum fiul i-ar permite tatălui să se confrunte cu umbra lui încă o dată. Iată cum acest scenariu, „Nu este momentul să creşti!", transmis de la o generaţie la alta, generează contrascenarii şi relaţii-capcană în care membrii familiei sunt prinşi fără a fi conştienţi de acest lucru. În familia prezentată părinţii sunt pe cale de a transmite acelaşi scenariu-capcană fiului mai mic. Fiul mai mare intră în contrascenariu respingând conştient modul de viaţă al familiei. Între cei doi băieţi există o ostilitate evidentă, ostilitate întreţinută de scenariul familial. Aşadar cei doi băieţi împreună cu ceilalţi membrii ai familiei sunt în relaţii-capcană. Terapeutul care întâlneşte o astfel de familie nu rămâne „pe margine". Capcana

relaţională a familiei cu care are contact este atât de puternică încât riscul de a fi atras în ea este foarte mare. Membrii familiei îi găsesc întotdeauna un rol în scenariul lor şi terapeutului şi acest rol nu este acela de terapeut. Întreruperea şedinţelor din motive obiective pentru două luni a generat o uşoară panică părinţilor. „Şi pe noi cui ne lăsaţi?", m-a întrebat mama. Aceşti părinţi încă mai aveau nevoie de părinţii lor.

Iată cum dinamica pierdere-abandon-dependenţă-control este prezentă în funcţionarea familiei prezentate mai sus. «Nu este momentul să creşti» este un scenariu-capcană greu destructubil iar relaţiile-capcană care îl întreţin sunt rigide iar potenţialul patogen este foarte mare.

2. „Soluţia" scenariului polar (contrascenariul).

Cazul următor ilustrează o combinaţie între mitul familiei ideale aşa cum a fost descris de Ferreira şi scenariul „Nu este momentul să creşti !". Tatăl, cu studii strălucite şi carieră deosebită, a fost premiant din şcoala generală până la terminarea facultăţii. Ca urmare, obţine un post de conducere. Mama se pensionează pe caz de boală ea având, de asemenea, studii superioare. Privită din afară pare o familie de invidiat. Este o familie bine cotată în societate. Tatăl ţine foarte mult la această imagine. Din acest motiv un alt scenariu pe care i-l prescrie tatăl fiului este următorul, „Trebuie să fii la fel de performant ca mine!". Ca urmare, fiul intră în contrascenariu mascat. **Contrascenariul reprezintă „soluţia" fiului.** El reuşeşte să intre la o facultate în urma unui examen dificil. Imaginea familiei este, oarecum, păstrată. În acelaşi timp, însă, el intră în contrascenariu. Adoptă un stil de viaţă care implică consumul de droguri. E un stil de viaţă care nu are nimic de-a face cu viaţa pe care o duce cu părinţii săi. „Pe stradă şi cu prietenii mei sunt altcineva." Spre deosebire de tânărul toxicoman din cazul prezentat anterior, acesta funcţionează în acelaşi timp în două scenarii polare, scenariul prescris de tată şi scenariul pe care şi-l alege singur, contrascenariul. Nevoile de creştere ale tânărului sunt satisfăcute de funcţionarea în contrascenariu. Dar este vorba de o nevoie de creştere neasumată. În acest caz este foarte important pericolul pe care îl reprezintă lezarea mitului familiei ideale. Este în pericol unul dintre miturile foarte importante ale acestei familii. La aflarea veştii că fiul consumă droguri prima reacţie a tatălui a fost în legătură cu mitul familiei ideale. „Am ajuns la fel ca ţiganii !". Transgresarea uneia dintre regulile familiale, aceea de a fi performant, de către fiu îl aduce pe tată în stare de panică. El se află în situaţia de a face orice pentru ca mitul familiei să nu se dizolve. În urma evaluării acestei familii, am formulat ipoteza că prioritară este păstrarea imaginii familiei şi nu recuperarea fiului. În aceste condiţii tatăl este centrat pe a crea planuri pentru fiul său şi nu pe ritmul de recuperare al acestuia. La un moment dat este chiar dispus să îl gonească de acasă pentru a păstra imaginea familiei. Fiul său trebuie recuperat în timp record. Este vorba despre acel gen de părinte care consideră că singura problemă a familiei este toxicomania fiului său aruncând, astfel, toată responsabilitatea relaţiei pe acesta din urmă. În perioada postdezintoxicare presiunea schimbării a crescut atât de mult în această familie încât fiul, chiar, urmând o psihoterapie a recăzut. Tatăl nu a reuşit să se integreze triunghiului părinte-toxicoman-terapeut iar fiul nu s-a simţit destul de pregătit pentru a profita de şansa de a ieşi în mod real din scenariu. Gradul de implicare a fiului în acest scenariu a avut un mare rol în recăderea acestuia.

„Este mai bine să faci ca mine. Eu am trecut prin asta." Reprezintă metamesajul întregului comportament al părintelui în acest scenariu.

3. «Trebuie să fii la fel de bun ca mine!»

Tatăl cu studii şi carieră strălucite. Fiul este exmatriculat de două ori din liceu. Tatăl nu înţelege ceea ce se întâmplă. Aici se combină mitul familiei ideale cu necesitatea acestei familii de a fi deosebită. Deoarece fiul este singurul nepot al întregii familii el devine ecranul de proiecţie al tuturor speranţelor membrilor familiei. De la început i se prescrie scenariul, «Trebuie să fii performant!», «Eşti extraordinar!». El intră, astfel, într-un scenariu polar scenariului prescris de familie. Astfel, el permite familiei să se confrunte cu propria sa umbră. În prescrierea scenariului «Trebuie să fii performant!» membrii familiei folosesc scotomizarea. El poate fi o copie a tatălui său dar nu poate fi el însuşi. Ce face tânărul pentru a rămâne el însuşi? Alege polaritatea.

În urma evaluării acestei familii am observat că relaţia tatălui cu fiul său se bazează pe o permanentă comparaţie tată-fiu, ceea ce m-a dus la supoziţia că tatăl îşi provoacă fiul la o permanentă competiţie fraternă. «El nici nu ştie pe ce lume trăieşte. Eu la vârsta lui eram olimpic la matematică.» Comunicarea în această familie se conformează modelului «Vieţi paralele.» Tatăl vorbeşte pentru el, mama vorbeşte pentru ea, fiul vorbeşte pentru el. Tatălui îi este foarte dificil sa conceapă faptul că fiul are alte nevoi decât el însuşi. Rolul fiului este acela de ţap ispăşitor. Aşadar, se reîntâlnesc aspecte ce ţin de participarea membrilor familiei la scenariul, „Nu este momentul să creşti !".

4. «Cel abandonat»

Este vorba despre o familie în care ca şi în primul caz ies în evidenţă scenariile care se află în polaritate. Fiind vorba despre o familie cu doi copii, bineînţeles că fiecare este „orientat" către un scenariu. Fata mai mică este „copilul cel bun", care satisface aşteptările părinţilor. Ea este cuminte, învaţă foarte bine, este în rândul lumii. Fiul mai mare intră în scenariu polar. Este cel „abandonat", este „cel renegat". Iv. Este crescut până la vârsta de 6 ani de către bunici, într-un alt oraş decât cel în care locuiesc părinţii săi. Are cu bunica o relaţie fuzională. Acest aspect este un bun indicator în legătură cu tendinţele lui la dependenţă. În momentul în care se mută cu părinţii săi „preferă" să rămână în acest scenariu al abandonului. El se simte mai bine la creşă, prietenii lui sunt mai importanţi decât familia lui şi se simte cel mai bine pe stradă. „Cel abandonat" îşi oferă şi o recompensă orală, la 15 ani începând să consume un drog, şi nu orice drog ci unul care dă o dependenţă fizică şi psihică foarte puternică. Mama lui spune despre el că niciodată nu a fost deschis cu ea şi cu tatăl său. Are, însă, o relaţie foarte bună cu sora lui. În urma întâlnirilor cu el şi cu mama lui am observat că în ciuda independenţei afişate, Iv. Este încă foarte dependent de mama lui.

5. «Nu vreau să cresc!»

În acest caz este vorba despre un tânăr care intră în contrascenariu ca ţap ispăşitor într-o familie în care toţi membrii, după spusele lui, au studii strălucite. Aşadar, comportamentul lui pune în pericol un mit foarte important al familiei şi anume, mitul familiei performante. Rolul de ţap ispăşitor îi oferă multe avantaje. Cel mai important avantaj este întârzierea în asumarea responsabilităţii, care este corelată cu deturnarea de la

creştere. Scenariul pe care şi-l alege este polar scenariului impus de tatăl său care are o importantă funcţie de conducere. Foarte important este faptul că a avut şi încă mai are o relaţie de extremă dependenţă faţă de mama sa. Refuzul de a creşte este evident.

După cum se observă în cazurile prezentate mai sus **dinamica scenariilor polare este diferită în funcţie de structura familiei.** În familiile în care există mai mult de un copil aceştia sunt „repartizaţi" în polaritate câte unui scenariu. Povestea biblică despre fiul risipitor este relevantă pentru modul în care funcţionează scenariile polare. În familiile cu un singur copil riscul de disociere al copilului este foarte mare pentru că el poate intra concomitent în două scenarii.

Foarte important pentru dinamica scenariilor polare sunt, după părerea noastră, **fenomenele de excludere şi autoexcludere.** Un membru al familiei se poate autoexclude sau poate fi exclus dintr-un scenariu prescris de părinţi, de alţi membri ai familiei sau de social. În exemplele date mai sus este evident fenomenul de autoexcludere. Mesajul părinţilor este, „Nu ai ce căuta în scenariul meu dacă nu intri în acest rol!" Mesajul fiului este „Nu pot face parte din acest scenariu!" Astfel apare un scenariu polar. Acest scenariu polar nu apare peste noapte. Şi aici putem vorbi despre modul în care un membru al familiei care nu se integrează scenariului familial conştient scoate la suprafaţă **scenariul-umbră** al familiei. Familia este pusă în situaţia să vadă ceea ce nu se vede în familie, poate fi pusă chiar în situaţia să se confrunte cu secrete ale familiei. Acel membru al familiei care intră în scenariul polar are paradoxalul rol de a „întregi" familia, de a-i reda posibilitatea să integreze ceea ce nu a fost integrat. Acest „ceva" se manifestă ca intricaţii familiale. (vezi Bert Hellinger). Fenomenul de autoexcludere şi de intrare într-un scenariu polar este legat de nevoia de creştere. Tânărul din primul exemplu se sustrage unei capcane relaţionale în care ar fi forţat să rămână copil multă vreme şi intră într-o altă capcană, toxicomania. Astfel, în aparenţă, el a ales creşterea dar s-a întâmplat deturnarea de la creştere.

În cazul toxicomanului şi a familiei sale foarte importantă este dinamica între scenariul-capcană social şi scenariul-capcană familial. Cazurile prezentate mai sus demonstrează faptul că există un moment în derularea dramei familiale în care acestea se exclud reciproc. Am putea numi acest moment, momentul zero fiindcă în acest moment statutul de „corp străin" al toxicomanului în familia sa este foarte puternic. Este momentul în care este foarte clar că toxicomanul nu mai face parte din scenariul familial. Membri familiei nu îi mai găsesc loc. Următoarea mişcare poate fi excluderea „corpului străin" sau „indigestia" familială. Tatăl din exemplul 2 găsise „soluţia". „Prefer să plece de acasă. Să nu mai ştiu de el." Riscul excluderii era foarte mare. Dacă nu se întâmplă nici excluderea şi nici autoexcluderea „soluţia" rămâne intrarea în scenariile polare după cum am observat în cazurile prezentate mai sus.

2.5. *Toxicodependenţa. Umbra familială şi absenţa spaţiului identitar*

Dependenţa emoţională şi dependenţa de substanţă sunt efectul dinamicii Umbră-Persona la scară familială transgeneraţională.

Dependenţa de substanţă poate fi concepută ca simbol pentru neasumarea şi neintegrarea părţii de Umbră familială. Acest tip de dependenţă generează relaţii-

capcană care funcţionează în cadrul unor scenarii-capcană întreţinute de evenimente-metaforă ce se pot manifesta la un moment dat în modalitate sincronă. Neasumarea şi neintegrarea Umbrei familiale se corelează cu confuzii identitare. Aceste confuzii identitare se manifestă în polarităţi identificabile la scară transgeneraţională şi individuală.

Observaţiile asupra cazurilor studiate şi asistate evidenţiază faptul că **dependenţa emoţională (dublată de cea toxică) este asociată cu confuzia identitară întreţinută de dinamica relaţiilor-capcană (contaminarea rolurilor, dinamica «fantomei»).** Vă reamintim că Abraham şi Torok au folosit conceptul de «fantomă» referindu-se la acele „conţinuturi inconştiente care nu au fost niciodată conştiente". Din acest motiv ne-am gândit că termenul „obiect-fantomă" ar fi mai potrivit.

Înţelegem prin „obiect-fantomă" orice obiect investit (persoană, spaţiu habitual, locaţie, rol, obiect-simbol), cu care un individ a întrerupt relaţiile în absenţa unui ritual de separare.

Efectuarea unui **„travaliu terapeutic de separare"** repară absenţa ritualului şi reaşează scenariul de viaţă dintr-o perspectivă integratoare, sănătoasă, de acceptare şi detaşare. Iertarea, în cazul în care este necesară în contextul unor „afaceri nefinalizate", în special emoţionale, este adesea asociată acestui travaliu. Mesajele nerostite, care au un sens afectiv eliberator sau care confirmă iubirea, respectul, valorizarea, recunoştinţa, gratitudinea faţă de un antecesor sau un obiect-simbol care completează semnificativ experienţa identitară a clientului, sunt readuse prin dramatizare în travaliul restructurativ unificator şi capătă astfel consistenţă. Se remodelează realităţi netrăite, dar deziranbile, se defantasmează relaţii şi situaţii neintegrate, se catalizează efecte cathartice şi resemnificări deblocante pentru relaţiile transgeneraţionale oglindite în psihologia individuală.

Pentru a înţelege semnificaţia terapeutică a travaliilor de separare, parte integrantă din maturizarea emoţională şi spirituală a persoanei, trebuie să readucem în atenţie dinamica «fantomei». Aceasta este profund implicată în refacerea relaţiilor-capcană şi se referă la funcţionarea unor scenarii fantasmatice bazate pe necesitatea prezenţei acestui obiect-fantomă.

O caracteristică importantă a relaţiilor-capcană este mecanismul de autogenerare. Ele se refac şi se menţin generaţii de-a rândul datorită dinamicii «fantomei». Ele întreţin şi sunt întreţinute de tema-nucleu a familiei (exemplu: în trei generaţii femeile îşi aleg acelaşi tip de partener sau bărbaţii experimentează acelaşi tip de pierdere; alegerile profesionale se pot repeta, iar tipurile de maladii sunt interconectate transgeneraţional după reguli probabilistice ce ţin cont şi de tipurile de roluri sau de identitatea de rol-sex).

Prin dinamica «fantomei» se refac relaţiile-capcană care se transmit transgeneraţional. La ce se referă necesitatea prezenţei obiectului-fantomă ? Ca obiect-fantomă poate funcţiona orice persoană care rămâne fantasmatic în sistemul de relaţii al unui individ. Absenţa ritualurilor de separare mă poate face să rămân fantasmatic într-o pseudorelaţie cu o bunică moartă, cu un iubit sau iubită cu care am rupt relaţiile de mult timp, cu un tată pe care nu l-am mai văzut din copilărie. Prin efect de generalizare sau de substituţie – casa moştenită şi vândută, mobilierul investit emoţional, spaţiul habitual pierdut, colierul transmis ca un talisman de la strămoşi, dar vândut sau pierdut într-o situaţie-limită, cărţi, fotografii sau documente de familie risipite, rătăcite, dezmoştenirile etc. Pot asigura acelaşi scenariu.

Scenariile fantasmatice care se creează în jurul acestor relații cu „obiectul-fantomă" implică o dinamică a relațiilor-capcană asociată repetițiilor identificabile la scară transgenerațională într-o familie.

Refacerea relațiilor-capcană implică de fapt refacerea polarităților identificabile la nivel transgenerațional. **Ce se poate repeta ? Un individ își poate alege același tip de partener precum au avut înaintașii de pe linie feminină sau masculină sau își poate** alege aceeași profesie pe care au avut-o unul sau mai mulți dintre antecesorii săi. Din loialitate familială un individ poate face aceeași boală pe care au făcut-o unul sau mai mulți dintre antecesorii săi. Boszormenyi-Nagy descria loialitatea familială ca pe ceva ce ține mai ales de datoriile pe care le avem față de înaintașii noștri.

După părerea noastră ceea ce întreține loialitatea transfamilială sunt mai curând mecanismele de refacere a polarităților și a relațiilor-capcană. **Necesitatea refacerii relațiilor-capcană la nivel familial transgenerațional este legată de absența integrării acestor polarități. Tema-nucleu a unei familii poate fi putere vs. slăbiciune sau agresivitate (ură) vs. blândețe (iubire), modestie vs. orgoliu, frică vs. curaj, dependență vs. autonomie etc. O temă-nucleu se menține trei sau patru generații. Menținerea ei este un semnal pentru faptul că aceste două polarități, slăbiciune și putere, de pildă, nu au fost integrate la scară transgenerațională. În fiecare generație vom observa** repetarea **unui tip de relație prin care se încearcă, în mod inconștient și conform scenariului fantasmatic transgenerațional, refacerea acestor polarități. Scopul inconștient al instalării acestor repetiții la nivel familial este unificarea, integrarea și transcenderea acestor polarități. Repetițiile sunt șanse de schimbare și ele nu încetează decât dacă vor declanșa într-adevăr schimbarea psihospirituală, saltul, prin membrii generațiilor care se succed.**

De exemplu, observând transmisia transgenerațională în patru generații ale familiei M., am descoperit că modelul masculin oscilează între tipul autoritar, violent, agresiv și tipul submisiv, absent psihologic, neimplicat ca partener. Transmisia se face conform mecanismului contraidentificării. Dacă tatăl a fost autoritar și agresiv, fiul este absent psihologic și neimplicat. Fiul își alege și o parteneră împreună cu care să refacă polaritatea. Așadar relațiile-capcană ce implică refacerea polarităților la nivel transgenerațional în familia M. Se pot întâlni la nivel parental-filial sau la nivel relațional-erotic.

Dependența de alcool transmisă transgenerațional este deseori asociată cu **tema neasumării puterii, autorității și identității de rol-sex.**

Contraidentificarea spațială asociată cu **tema dezrădăcinării** se referă la **pierderea forțată a spațiului identitar** (spațiul necesar manifestării unui tip de identitate) sau la **neasumarea** lui (deportarea, dezrădăcinarea, absența ritualurilor de separare). Spațiul identitar este foarte important pentru ca un tip de identitate să se manifeste. Nașterea unui copil înseamnă și primirea lui într-un spațiu.

Adesea, viața în regim de familie extinsă în condițiile unei locații insuficiente ca suprafață (spații locative restrânse sau amenajate restrictiv și promiscuu) are ca efect **confuzia granițelor**, contaminarea rolurilor și, în consecință, **pierderea și neasumarea spațiului identitar**. Există cupluri de tineri care locuiesc în regim de familie extinsă împreună cu părinții unuia dintre parteneri. Nereușind să-și asume un spațiu care le-ar permite să-și intre în rolurile de soț și soție, funcționează în continuare ca și „copii" ai

cuplului parental apartenent. Scenariul funcţionează perfect până în momentul în care unul dintre parteneri îşi va asuma nevoile de creştere. În acest caz **apar conflicte care pot avea ca efect asumarea spaţiului identitar sau contraidentificarea spaţială (fuga unuia dintre parteneri). Părăsirea celuilalt partener este nu doar emoţională, ci şi fizică.** Dezrădăcinarea din domiciliul conjugal conduce iminent la divorţ sau separări greu de recuperat.

Mulţi adolescenţi încep să consume alcool şi alte droguri datorită absenţei spaţiului identitar familial. **Opţiunea pentru spaţiul fantasmatic este clară în cazul lor. Spaţiul identitar se află pentru ei în afara familiei.** Ei sunt confirmaţi în identitatea lor pe stradă, în discotecă, în parcuri, în curtea şcolii. Refuzul sau imposibilitatea membrilor familiei de a le acorda şansa asumării acestui spaţiu identitar se asociază cu deturnarea de la creştere.

În urma analizelor transgeneraţionale am identificat o **psihodinamică dependenţă-contraidentificare spaţială asociată temelor înrădăcinare vs. dezrădăcinare şi putere vs. slăbiciune.** Această psihodinamică transgeneraţională dă naştere unor scenarii-capcană în care absenţa ritualurilor de separare este specifică.

Cum spuneam mai sus episodul toxicoman, în familiile pe care le-am avut sub observaţie, este corelat cu **nevoia de creştere identitară, cu asumarea nevoii de creştere identitară şi cu deturnarea de la creştere identitară.** El indică un eşec în satisfacerea acestor nevoi presante şi o cale pervertită de a le putea implini. În fapt, episodul toxicoman plasează inevitabil aceste nevoi în cadrul spaţiilor virtuale, amânându-le la nesfârşit împlinirea. Relaţiile-capcană construiesc capcane interioare, incredibil de rezistente la evadare.

Asumarea nevoii de creştere identitară implică **ritualuri de separare** care pot fi specifice fiecărei familii, nu doar celor cu toxicodependenţi. **Problemele emoţionale ale adolescenţilor sunt conectate în mod special cu absenţa ritualurilor de separare, antrenând crize identitare prelungite.** Ritualurile de separare se transmit transgeneraţional. De exemplu, un ritual de separare ar fi mutarea într-un spaţiu personal sau amenajarea unui spaţiu personal într-o perioadă de pasaj identitar. Cum specificam mai sus, asumarea unei identităţi necesită şi asumarea unui spaţiu pentru manifestarea acestei identităţi. Un ritual de separare este constituit în unele familii de amenajarea camerei copilului în primele luni de viaţă sau de mutarea tânărului într-un spaţiu personal. **Absenţa ritualurilor de separare este însoţită de deturnarea de la creştere identitară.** Există cupluri de tineri care, trăind în regim de familie extinsă, nu reuşesc să-şi asume identitatea de rol-sex şi identitatea parentală, atunci când devin proaspeţi părinţi, chiar şi mai târziu. Bunicii, dacă sunt suficient de tineri şi viguroşi, devin „părinţi de profesie", pentru două generaţii, confuzionând graniţele intergeneraţionale.

Atunci **când nu există spaţiu** pentru ca rolurile ce decurg din asumarea acestor identităţi să se manifeste, se întâmplă confuzia graniţelor şi contaminarea de roluri este garantată.

„Deturnarea de la creştere identitară" se produce atunci când nevoia de creştere a unei persoane este ignorată şi neconfirmată. În acest caz se poate întâmpla contraidentificarea spaţială (fuga de acasă, fuga dintr-un teritoriu etc.).

Fenomenele de excludere şi autoexcludere transgeneraţională se corelează cu fenomenele de contraidentificare spaţială. Contraidentificarea spaţială şi absenţa

ritualurilor de separare pot genera şi menţine instalarea dependenţei emoţional sau toxice (potenţialele prostituate, potenţialii dependenţi de substanţă). Un exemplu important, în acest sens, este fuga în stradă (găştile de cartier, vagabondajul). „Îmi capăt spaţiul în stradă", pare să fie intenţia inconştientă presantă care impune opţiunea şi comportamentul consecutiv.

Dependenţa emoţională este tot o problemă de spaţiu, de data aceasta ca spaţiu psihologic. „Migrez în celălalt fiindcă nu mă pot locui." Dependenţa toxică ar fi o mişcare în sens invers, „mă las invadat pentru că eu nu mă pot locui." În ambele cazuri observăm lipsa de spaţiu interior şi exterior...

Am identificat toate aceste caracteristici în urma evaluării familiilor cu care am lucrat. Ipoteza poate fi confirmată de observaţiile asupra comunicării, în familiile cu un membru toxicoman şi nu numai. Incapacitatea acestor persoane de a-şi comunica propriile nevoi şi de a le asculta pe ale altora poate fi corelată cu deturnarea de la creştere. Deturnarea de la creştere satisface, în aparenţă, nevoia adolescentului de creştere.

2.6. Efectele absenţei şi neasumării spaţiului identitar observate în practica clinică

Spaţiul care ne permite să ne confirmăm, să ne asumăm şi să ne manifestăm o anumită identitate l-am numit spaţiu identitar.(Denisa Cristina Stoica, 2007) Dinamica identitară se activează tocmai în relaţie cu spaţiile pe care le ocupăm şi în care ne mişcăm. **Lipsa spaţiului identitar are ca efect confuzia identitară, roluri şi relaţii perturbate la nivel transgeneraţional şi în consecinţă relaţii-capcană şi scenarii-capcană.**
Cum spuneam mai sus spaţiul identitar reprezintă spaţiul necesar unei persoane pentru a-şi asuma o identitate. Absenţa acestui spaţiu blochează asumarea unei identităţi. Cel mai relevant exemplu în acest sens este situaţia cuplurilor tinere care locuiesc în regim de familie extinsă. Cuplul conjugal este afectat iar dacă există copii este afectat şi cuplul parental. Într-un spaţiu în care trăiesc tinerii căsătoriţi împreună cu unul dintre cuplurile de socrii, primilor le este dificil să-şi asume parteneriatul. Soţul şi soţia sunt în primul rând copiii părinţilor lor şi pe urmă sunt parteneri. În practica clinică am întâlnit în mod frecvent crize conjugale generate de o astfel de situaţie. Scenariul-capcană „Nu este momentul să creşti" se activează în această situaţie de convieţuire. **Graniţele spaţiale neclare sunt asociate graniţelor emoţionale neclare.** Soţia este mai întâi fiica mamei ei şi pe urmă partenera soţului. Confuzia rolurilor este prezentă în acest caz iar „jocurile" specifice relaţiilor-capcană se activează.

- **Harta spaţiului familial şi scenariul „Nu ai voie în bucătărie!."** În familie copilul are nevoie să fie confirmat ca identitate. **Spaţiul identitar familial** în care un copil se poate simţi confirmat sau nu este trasat de părinţi. Acest spaţiu are graniţele lui. Dacă aceste graniţe sunt neclare, distanţele emoţionale necesare creşterii copilului sunt incerte. Există anumite spaţii-cheie pe harta familială în care copilul are nevoie să fie conţinut. Unul dintre aceste spaţii este bucătăria. Cine îşi asumă spaţiul bucătăriei în familia românească? În familia tradiţională spaţiul bucătăriei este asumat de mamă. Mama este „şefă" în acestă zonă iar copilul este de multe ori exclus din acest teritoriu. „Mergi şi învaţă!", „Nu ai voie

că te murdăreşti!" sunt expresii des întâlnite atunci când este vorba despre bucătărie. În aceste cazuri copilul nu este confirmat într-un **spaţiu-cheie** familial, bucătăria. S. Are 11 ani şi manifestă simptome de anorexie. Mama ei se prezintă la psiholog reclamând această problemă. „Nu ştiu ce să mai fac? Plâng în fiecare zi, implorând-o să mănânce. Nu poate sau nu vrea." În urma explorării aflăm că mama are o relaţie tensionată atât cu fiica cât şi cu soţul ei. Ea este nemulţumită de situaţia ei profesională dar şi de situaţia ei familială. Este asistentă medicală şi „şi-ar fi dorit mai mult". Acasă nu se simte respectată ca parteneră şi „nu mai are de gând să fie servitoare". Ce înseamnă pentru L.(mama) să fie servitoare? „Nu mai doresc să fac mâncare. Stau toată ziua în bucătărie. M-am săturat! Nu mai doresc să fac mâncare. Nu sunt servitoarea lui." După cum se observă, mama asociază activitatea de a face mâncare cu statutul de servitoare. Aflăm că pe fiica ei o trimite des din bucătărie în altă cameră. „Ea trebuie să înveţe. Trebuie să facă mai mult decât mine!" Iată discursul mamei care ne pune în situaţia să reevaluăm problema. Simptomul fetiţei exprimă de fapt **criza de identitate a mamei corelată cu criza conjugală**. Bucătăria nu este un spaţiu conţinător ci este un spaţiu degradant pentru mamă. Mama spune „M-am săturat!" iar copilul refuză să mai mănânce. Bucătăria, spaţiul-cheie în confirmarea familială a unui copil, este investită negativ. S. Se simte exclusă şi neconţinută de mama ei iar simptomele pe care le manifestă sunt relevante pentru exprimarea acestor emoţii. Mama nu-şi asumă spaţiul bucătăriei şi îi este dificil să-şi confirme fiica în acest spaţiu. Spaţiul bucătăriei este un spaţiu-cheie în această criză. Relaţia mamei cu acest spaţiu întreţine simptomul lui S. Explorarea mitologiei familiale privind bucătăria, maternitatea, parteneriatul poate aduce informaţii importante necesare evaluării şi apoi intervenţiei terapeutice. Explorarea şi clarificarea relaţiei cu soţul este, iarăşi, esenţială pentru ca mama să depăşească criza conjugală pe care o trăieşte precum şi criza identitară. S. Nu avea cum să se simtă inclusă şi confirmată în familie atâta timp cât mama nu se simte confirmată în relaţia conjugală şi spaţiul casei în care locuieşte. Clienta a înţeles cât este de important ca fiica ei să fie primită în bucătărie şi să participe împreună cu mama ei la pregătirea hranei. Bineînţeles că simptomele lui S. S-au diminuat în timp pe măsură ce clienta (mama ei) a înţeles şi a integrat relaţia mama sa, cu soţul său şi a intrat în contact cu nevoile proprii. Ea a realizat cât de puternic îşi respingea mama pentru că era tot timpul la dispoziţia altora. Această respingere a modelului matern a împiedicat-o să intre într-un rol adecvat în relaţia cu soţul ei. Repoziţionarea în relaţia cu soţul ei a pus-o în situaţia să înţeleagă că rolul de parteneră şi de mamă nu aveau nici o legătură cu rolul de „servitoare" de care se contaminase transgeneraţional. Luând contact cu dimensiunea transgeneraţională a dificultăţilor ei L. A avut un insight în ce priveşte rolul de „servitoare". Atât pe linie maternă cât şi pe linie paternă femeile „au fost la dispoziţia bărbatului". „Şi-au dus viaţa în bucătărie." L. Înţelege foarte bine acest proces de interferenţă a nevoilor transgeneraţionale şi de anulare a nevoilor individuale. **Acest caz este un exemplu pentru modul în care asumarea sau neasumarea unui spaţiu-cheie familial poate genera patologie familială.** După cum se observă asumarea sau neasumarea unui spaţiu familial se poate transmite transgeneraţional.

În concluzie modul în care unui copil i se trasează **harta spaţiului familial** este foarte important pentru dezvoltarea lui armonioasă. Claritatea graniţelor şi încurajarea iniţiativei în explorarea spaţiilor casei este esenţială. Există un întreg scenariu în familiile româneşti legat de o simplă interdicţie, „Nu ai voie!" Această interdicţie crează blocaje în explorarea spaţiului identitar datorită neconfirmării copilului în teritoriul familial.

O altă modalitate de a depăşi graniţele spaţiului identitar al copilului ţine de un model cultural românesc. Ne referim la obiceiul mamelor din România de a împărţi patul cu copilul mult timp după ce acesta se naşte. Acest obicei este întreţinut de o mitologie comunitară referitoare la creşterea copilului. Bineînţeles, efectul este patologia conjugală şi familială. Patul este primul teritoriu pe care copilul îl poate explora şi asuma. În cazul în care este încurajat în acest sens patul poate fi primul spaţiu identitar al copilului. Există, însă, situaţii frecvente în care copilul împarte patul până la pubertate, adolescenţă sau chiar mai târziu cu ambii părinţi, cu unul dintre părinţi sau cu fraţii. Absenţa spaţiului identitar în primii ani de viaţă generează anxietate de relaţie, dificultăţi de integrare sau o tendinţă la familiaritate cu ceilalţi indiferent de distanţa socială. Din ce motiv? Datorită confuziei graniţelor. Absenţa spaţiului identitar generează graniţe confuze între copil şi ceilalţi, roluri neclare, relaţii şi scenarii-capcană.

În practica clinică am întâlnit simptome cum ar fi inadecvarea socială, dificultăţile de integrare în grup, dificultăţi de contact, anxietate de relaţie asociate lipsei spaţiului propriu (cameră sau pat) a persoanei. În cazul bărbaţilor care au dormit cu mamele lor până la vârsta pubertăţii sau adolescenţă am întâlnit disfuncţii sexuale, ejaculare precoce probleme de erecţie, impotenţă psihogenă, masturbare compulsivă.

D. are 30 de ani şi locuieşte şi în prezent cu părinţii. Până la vârsta de 12 ani a dormit în acelaşi pat cu mama, tatăl fiind plecat mult timp datorită serviciului. Motivul pentru care s-a prezentat la cabinet se referă la ejaculare precoce şi la tendinţa de a se masturba compulsiv în absenţa prietenei sale. Este în relaţie cu prietena sa de 3 ani. Nu a avut nici un act sexual în timpul căruia prietena lui să fie mulţumită. Ea îi reproşează acest lucru şi în acest fel el a ajuns să se prezinte la cabinet. În urma explorării şi clarificării relaţiilor cu părinţii D. Devine conştient de corelaţia între experienţa avută în perioada în care a împărţit patul cu mama sa şi blocajul în asumarea propriei sexualităţi cu care se confruntă în prezent. Reîntoarcerea tatălui din străinătate a permis mutarea lui D. În altă cameră când acesta avea 12 ani. Relaţia emoţională neclară cu mama lui pe care o avea atunci se menţine şi în prezent. Această situaţie îl face pe D. Indisponibil pentru o altă relaţie. Vârsta emoţională nu-i permite asumarea relaţiei cu iubita. Masturbarea compulsivă în spaţiul casei părinteşti este relevantă pentru activarea scenariului din copilărie. Deşi are 30 de ani D. Se menţine într-o buclă temporală (I. Mitrofan, 2004) din care îi este dificil să iasă. Pe măsură ce urmează şedinţele de terapie D. Intră în contact cu ceea ce a însemnat pentru el împărţirea patului cu mama sa. El vorbeşte despre jena pe care o trăia atunci când se atingea de ea din greşeală, despre senzaţiile care îl speriau şi care îl făceau să se ruşineze în acelaşi timp. D. Înţelege că ceea ce se întâmplă în prezentul lui are o mare legătură cu trăirile băiatului de 12 ani care împărţea patul cu mama sa. În prezent îşi conştientizează tendinţa de a se consulta permanent cu mama sa indiferent ce decizie ar trebui să ia. Tatăl este în continuare absent (psihologic) în viaţa sa. Prietena lui are tendinţele mamei sale. Încearcă „să-l salveze" de câte ori are ocazia. Conştientizarea poziţiei în care D. Se află în

relaţia cu mama sa, poziţie pe care este tentat să şi-o menţină şi în relaţia cu iubita sa, îl face să înţeleagă lipsa controlului pe propria sa sexualitate. Demersul terapeutic vizează repoziţionarea clientului în relaţia cu mama sa, repoziţionarea în relaţia cu iubita sa. În acelaşi timp clarificarea şi reconstruirea relaţiei cu tatăl său este esenţială pentru creşterea emoţională a lui D. Şi asumarea propriei sexualităţi.

Cazul lui D. Este foarte relevant în legătură cu modul în care poate fi afectată asumarea identităţii de rol-sex în absenţa spaţiului identitar şi a graniţelor familiale.

- **Toxicomanul şi spaţiul identitar-surogat.** Toxicomania este, până la urmă, o problemă de graniţe, de limite. Nesepararea toxicomanului în raport cu mama sa sau cu altă figură primară l-a împiedicat pe acesta să-şi asume un spaţiu identitar. Nefiind confirmat în spaţiul familial el încearcă să exploreze alte teritorii fără graniţe. Spaţiul imaginar la care el are acces prin consumul de drog este un **spaţiu identitar-surogat**. „După ce consum heroină mă simt altfel. Sunt puternic, nu-mi pasă de nimeni. Pot să înfrunt pe oricine şi nu mai am nici o problemă." Iată identitatea pe care un astfel de spaţiu-surogat o oferă toxicomanului. În societăţile primitive drogurile au fost întotdeauna o poartă de acces în alte spaţii, în teritorii neexplorate, o modalitate de a te întâlni cu Zeii. Atotputernicia trăită în acest spaţiu fără graniţe este ea însăţi fără limite. Toxicomanii experimentează lipsa de graniţe şi intruziunea încă din primii ani de viaţă. Ispita unor spaţii mai largi este foarte puternică. Tema dezrădăcinării care este deseori întâlnită în istoria transgeneraţională a toxicomanilor presupune lipsa graniţelor şi pierderea spaţiului identitar originar. Pierderea şi neasumarea unui spaţiu identitar generează căutarea compulsivă a altor spaţii. Ele pot fi reale (călătorii de profesie sau dromomanii) sau imaginare (toxicomanii).
- **Asumarea spaţiului de la distanţă. Soacra ca turn de control**. În modelul familiei tradiţionale soacra este foarte prezentă în spaţiul casei chiar dacă ea nu locuieşte împreună cu tinerii căsătoriţi.

M. este căsătorită cu F. De 3 ani. Au împreună un copil de doi ani şi locuiesc separat de socrii. Acest lucru nu o împiedică, însă, pe mama lui F. Să fie prezentă în fiecare zi în casa fiului ei. Are cheie personală şi le face „surprize" în fiecare zi. Într-o zi a schimbat perdelele, în altă zi a înlocuit un serviciu de cafea pe motiv că se învechise. Aşadar, soacra lui M. Îşi asumă spaţiul conjugal şi familial împiedicând-o pe aceasta să se simtă confortabil ca parteneră şi mamă. Cum a participat M. La această situaţie? Ea a acceptat de la început graniţele neclare între soacra ei şi soţ. Aceste graniţe neclare s-au extins şi în relaţia între ea şi soacră. Ce anume a făcut-o să accepte această situaţie? Dificultatea proprie de a-şi asuma un spaţiu ca soţie. „Îmi este dificil să fac toată ziua mâncare şi să mă ocup şi de copil. Noroc cu soacra mea!" M. O confirmă pe soacra sa în scenariul în care ea este competentă în bucătărie, în gospodărie, lăsându-i spaţiul în care ea nu se simte competentă. În ce priveşte creşterea copilului competenţa îi revine tot soacrei. Această dificultate a lui M. În a-şi asuma spaţiul familial se reflectă, la un moment dat şi în relaţia cu soţul său. Soţul îşi consultă mama în orice situaţie. Aşadar, după cum observăm, soacra este prezentă în spaţiul familial al lui M. Şi F. Chiar şi în situaţia în care nu locuieşte cu cei doi. Ea îşi exercită controlul asumându-şi spaţiul familial, al fiului ei, de la distanţă.

M. ajunge în terapie în momentul în care conflictele cu soţul ei generate de intruziunea soacrei „au atins punctul culminant". Ea trăieşte o criză identitară în momentul în care îşi dă seama că satisfacerea nevoilor ei parteneriale şi individuale depinde de relaţia cu soacra. Soacra devenise mai prezentă decât ea în spaţiul propriei ei familii. Cine este soacra pentru M. Şi cine este M. În raport cu soacra? Cine este soţul pentru M.? Acestea sunt **rolurile-cheie** pe care M. Le conştientizeză în urma demersului de explorare şi clarificare a relaţiilor în care ea funcţionează. Scenariul-capcană în care este prinsă în a fost prescris încă din copilărie. **Harta spaţiului identitar familial** trasată în copilărie a fost neclară pentru M. Ea a fost unul dintre copiii care a împărţit patul cu mama sa până la vârsta de 16 ani. Tatăl a fost absent din spaţiul familial fiind prins într-o relaţie cu o altă femeie. Exista, aşadar, un spaţiu secret al tatălui său la care ea nu avea acces. M. Are un frate vitreg mai mic cu 3 ani rezultat din această relaţie paralelă a tatălui său. După cum observăm, tatălui său i-a fost dificil să-şi asume spaţiul familial. El nu s-a simţit confirmat ca identitate conjugală şi parentală. A căutat un alt spaţiu pentru a-şi asuma aceste identităţi. M. Îşi aduce aminte că bunica sa, mama mamei sale, a fost întotdeauna prezentă în casa lor. În momentul în care M. A făcut această corelaţie s-a luminat la faţă. Bunica lui M. Şi soacra sa au aceleaşi tendinţe. Acum înţelege că rolurile scenariului prezent sunt identice cu rolurile scenariului din copilărie, numai actorii sunt alţii. Ea, ca şi tatăl ei, nu se simte confirmată în identitatea de rol-sex de un partener care este încă neseparat de o mamă intruzivă. Asemenea mamei ei, soţul său are o relaţie emoţională de tip infantil cu mama lui. Bunica şi mama lui M. Erau nedespărţite. În această conjunctură tatăl nu avea cum să se simtă confirmat ca partener. M. A înţeles ce l-a făcut pe tatăl ei să caute o altă femeie. Persoanelor neseparate de o figură primară (în cazul acesta mama) le este dificil să fie disponibile pentru parteneriat. Dar cine este soacra pentru M.? M. Realizează că, inconştient, i-a prescris soacrei rolul bunicii ei, mama mamei. Înţelege, în acest fel, că are o relaţie neclară cu bunica. Are multe să-i reproşeze. Controlul foarte puternic exercitat în copilărie de către această bunică a blocat-o în a avea iniţiativă şi a-şi asuma un spaţiu identitar. Relaţia de fratrie în care s-a aflat cu mama sa şi rolul parental exercitat de o bunică „foarte dură" au împiedicat-o să-şi recunoască şi să-şi afirme nevoile. Alegerea lui F. Ca partener a fost generată de tendinţa către perpetuarea relaţiilor-capcană în care a funcţionat în copilărie. La începutul relaţiei F. A funcţionat reparator pentru M. El, fiind un bărbat cu iniţiativă redusă, i-a permis lui M. Ceea ce bunica şi mama ei nu-i permiseseră. Ea a început să-şi afirme iniţiativa şi a reuşit să-l facă pe F. Să răspundă nevoilor ei. În primii doi ani ai relaţiei nu au locuit niciodată împreună. S-au mutat împreună în momentul în care s-au căsătorit. Atunci a intrat în scenă şi mama lui F. Şi tot atunci şi-a dat seama M. În ce relaţie se află soţul ei cu mama lui. Din acel moment a înţeles foarte bine în ce se originează lipsa de iniţiativă a soţului. Centrul de control în familia de origine a soţului era mama lui aşa cum în familia de origine a lui M. Centrul de control era bunica dinspre mamă. Rezonanţa dintre scenariile celor două familii de origine o face pe M. Să înţeleagă că nu l-a ales întâmplător pe F.

În concluzie, M. Înţelege că scenariul-capcană la care participă în prezent îi crează dificultăţi în relaţia cu soţul şi cu soacra. Îşi dă seama cât este de important să-şi clarifice relaţia cu bunica şi să o ierte. „Fantoma" bunicii este prezentă în relaţia cu soacra ei. Integrarea relaţiei cu soacra i-ar permite repoziţionarea şi în celelalte relaţii la care

participă în prezent. Este necesar să revină în rolul de parteneră în relaţia cu soţul său şi să-şi asume împreună spaţiul identitar familial.

În urma şedinţelor de terapie, clarificându-şi şi integrându-şi relaţiile cu persoanele semnificative(bunica, mama, tatăl, soacra, soţul, copilul) pentru criza identitară pe care o trăia, M. A reuşit să transforme dinamica intrafamilială şi relaţia ei cu spaţiul familial în care locuieşte. Ea a reuşit, treptat, să pună limite soacrei reuşind să-şi asume spaţiul identitar familial. Această schimbare nu a generat conflicte aşa cum se aştepta pentru că M. A înţeles cât este de important modul în care îşi comunică nevoile. Ea a învăţat să-şi comunice nevoile în aşa fel încât ceilalţi să nu se simtă deranjaţi, învinovăţiţi, „traşi la răspundere". În raport cu soţul a reintrat pe rol de parteneră(repoziţionare), reluând contactul cu nevoile ei parteneriale. În urma unui travaliu de iertarea în raport cu tatăl ei l-a căutat şi a avut cu el discuţia pe care şi-o dorea de ani de zile.

Dinamica intrafamilială „decupată" din cazurile expuse mai sus implică abandonul pierderea, dependenţa şi controlul. **Am identificat dinamica APDC (abandon-pierdere-dependenţă-control) în practica clinică, în cazurile care implică absenţa, neasumarea sau pierderea spaţiului identitar.**

În concluzie, dinamica APDC este asociată unei hărţi a spaţiului identitar familial cu graniţe neclare.

2.7. Dinamica fantomei surprinsă în experienţa clinică

Laura – un caz de „criogenie emoţională".

Următorul caz poate reflecta foarte bine alte aspecte ale analizei transgeneraţionale din perspectiva terapiei unificării, de data aceasta cu referire la **somatogenogramă şi dinamica „fantomei"** în inconştientul transgeneraţional.

Tema-nucleu identificată în acest caz este „supravieţuire vs. Moarte". În jurul temei-nucleu, după cum se va observa, sunt concentrate acele evenimente-metaforă care întreţin scenariul fantasmatic şi relaţiile-capcană asociate lui. Am ales termenul de **„criogenie emoţională"** pentru că poate reflecta foarte bine fenomenul de „îngheţ emoţional" specific persoanelor criptofore. Fenomenul este asociat şi reflectat perfect la nivel corporal în **postura „de lemn", rigiditatea corporală fiind asociată simbolic cu automortificarea.** Criptoforul este de fapt posesorul unei „cripte" psihologice, al unui „mort" de care nu s-a separat şi cu care, mai mult, s-a identificat parţial, iniţial prin atribuirea şi proiectarea acestuia dinafară, ulterior prin „încorporare" inconştientă. **Purtătorul „fantomei" se lasă parazitat inconştient, dar îi şi „corporalizează" şi exprimă rolul, simbolic.** Să revenim la caz...

Laura este o tânără de 24 de ani. Ea prezintă aparent o sociofobie, dificultăţi de a intra în relaţii cu ceilalţi, o prudenţă semnificativă şi un acut sentiment de tristeţe şi izolare. „Sunt ca de gheaţă. Mi-e teamă să intru în relaţii cu ceilalţi. Mi-e teamă că li se poate întâmpla ceva catastrofic." Aşa se descrie Laura la începutul terapiei. În consecinţă îi evită, deşi suferă de singurătate.

Catastrofa este un cuvânt-cheie în discursul Laurei, care poate condensa nu numai experienţa sa individuală, ci şi experienţa familiei din care face parte. Acest cuvânt

apare foarte des în legătură cu relaţiile prezente sau posibile ale clientei. Laurei îi este foarte greu să-şi focalizeze atenţia atunci când cineva din grup vorbeşte. Menţine cu dificultate contactul cu ceilalţi. Îi este foarte greu să se menţină în prezent. Comportamentul ei nonverbal în cadrul unui grup de persoane comunică mesajul „nu vreau să ştiu, nu mă interesează". „Nu ştiu" este o expresie-cheie în discursul clientei. Ce anume nu ştie Laura, ce anume nu vrea să ştie ? În momentul în care e pusă să facă scheletul genogramei Laura se blochează. „Nu ştiu nimic", este prima ei reacţie. Este ca şi cum Laurei îi este foarte greu nu numai să se reprezinte în cadrul familiei sale, ci să-şi reprezinte familia. Şi în cazul acesta construcţia scheletului genogramei a funcţionat foarte bine ca un test proiectiv. **Lansăm o ipoteză legată de existenţa multor secrete în istoria familiei Laurei.** Existenţa multor lucruri nespuse, nerostite. Mimica şi postura sa susţin ipoteza. Figura imobilă şi postura robotică, rigidă, poate fi legată de existenţa unui doliu nefăcut. Corpul poate deveni imaginea criptei conţinută de subiectul criptofor. Atunci când avem de-a face cu un subiect-criptă sunt necesare acele prospecţii psiho-arheologice de care vorbeam în Terapia Unificării (I. Mitrofan, 2004).

O reconstituire „psiho-arheologică". La un moment dat, în timpul unei şedinţe, apare la suprafaţă situaţia traumatică cea mai recentă din viaţa Laurei. Moartea bunicului şi doliul nefăcut în legătură cu el. Laura refuză iniţial să vorbească despre acest episod. Un "Nu ştiu" ferm este prezent. Peste câteva minute, însă, se hotărăşte să ia contact cu acest episod traumatic. Moartea bunicului său s-a întâmplat în timp ce ea nu era prezentă. Era plecată din localitate pentru un examen. Pentru ca acest examen să nu fie compromis, mama şi bunica i-au ascuns situaţia. Când Laura s-a întors de la examen, bunicul era deja mort şi îngropat. Laura a rămas pentru mulţi ani blocată în raport cu acest moment. A rămas mulţi ani „îngheţată". Despre bunicul... nici o vorbă. În timp, relaţiile cu mama şi cu bunica sa au devenit dificile, pentru că Laura **le învinovăţea** de moartea bunicului său...

De-construire şi re-construire terapeutică. ...Aşadar, lipsa de reprezentare asupra unui eveniment antrenează fantasma incorporării în raport cu obiectul dispărut (bunicul). În cadrul terapeutic, Laura ia contact cu acest eveniment, îl rememorează şi, pe măsură ce amintirile legate de moment **se activează**, ea începe **să ia contact cu emoţiile corelate evenimentului.** ...Se dezgheaţă emoţional. Plânsul eliberator, grimasele de suferinţă, « demortificarea » posturală, survin spontan. În aceste momente un **travaliu de doliu** este necesar. Etapa travaliului de doliu este foarte importantă pentru a continua acest drum iniţiatic către sine, pentru că drumul parcurs de Laura până în acest moment, pe parcursul a 6 luni de psihoterapie, poate fi asimilat unui drum iniţiatic. Recontactarea prin joc de rol a celui de care urmează să se separe aduce clarificare, exprimarea sentimentelor şi a lucrurilor sau mesajelor nerostite, dar aşteptate sau dorite. Un rămas-bun cu dublă acceptare aduce eliberarea finală şi separarea constructivă.

În urma travaliului de doliu Laura a început să accepte moartea bunicului său şi şi-a clarificat sentimentele în raport cu mama şi bunica sa, înţelegând că nu sunt vinovate pentru moartea acestuia.

Prospecţia psiho-arheologică nu se opreşte aici. În mod **surprinzător,** analiza istoriei **prenumelui** atribuit Laurei ne-a dus la o situaţie primară (eveniment-metaforă) care i-a afectat multă **vreme asumarea feminităţii şi sănătatea fizică.**

Hermeneutica simptomelor şi dinamica „fantomei".

…Laura are o **anemie atipică** ce nu răspunde la tratament, prezintă **amenoree** şi **vagininism psihogen** (consemnate în documentele medicale). În urma analizei cu ajutorul genogramei, ea reuşeşte să identifice **personajul-cheie care este prezent în viaţa ei ca o „fantomă" şi care are o legătură providenţială cu traiectoria ei de viaţă.**

Personajul-cheie în jurul căruia se creează **evenimentul-metaforă** este o fată de 18 ani (virgină), pe nume Laura, fiica naşilor clientei noastre, care a murit în aceeaşi zi în care s-a născut aceasta, în acelaşi spital.(sindrom de aniversare) Personajul-cheie moare de leucemie în urma unei complicaţii, iar clientei i se pune numele pe care îl are în memoria acestei fete. Mama ei nu a fost de acord ca ea să primească acest nume, având în vedere evenimentul traumatizant asociat (decesul), dar tatăl a insistat. Aşadar, naşterea Laurei coincide cu întâmplarea unei catastrofe (moartea fiicei naşilor ei, care poartă acelaşi nume şi care i se atribuie în mod semnificativ, ca o marcă identitară de substituţie).

Tema-nucleu care se asociază cu acest cuvânt-cheie, catastrofă, mai constelează şi alt eveniment-metaforă. Clienta îşi aduce aminte că mama ei îi reproşa faptul că a **renunţat la facultate pentru că a rămas însărcinată** cu ea. Aşadar, pe parcursul dezvoltării fiicei, mama a culpabilizat-o, reproşându-i permanent că ea, Laura, ar fi cauza pentru care n-a putut să urmeze o facultate.

Prezenţa „fantomei". Manifestarea acestei „fantome" creată în viaţa Laurei, chiar de la naştere, este evidentă. Să conectăm acum evenimentul cu manifestările somatice la distanţă şi cu sensul lor simbolic. Laura are o anemie atipică (nu răspunde la nici un tratament), amenoree şi, după cum spunea ea, din punct de vedere emoţional şi relaţional, „se simte ca de gheaţă". Nu îndrăzneşte să îşi facă prieteni pentru că „acestora li se poate întâmpla ceva rău". Se asociază pe ea însăşi cu o catastrofă. „…ajunsesem să mă consider un rebut, o catastrofă, o ruşine… tot ceea ce realizam asociam cu eşecul", spune ea.

După prima şedinţă de analiză a genogramei, Laura începe să vorbească despre ea astfel: „Am simţit că mă dezpietrific. Parcă mă dezgheţ. Ştiţi, exact ca atunci când ai degerături şi începi să te încălzeşti. Mă doare tot corpul." Clienta începe să-şi **recâştige corpul** (un alt „spaţiu" la care renunţase). Acum îl simte, este conştientă de el, de suferinţa lui.

Identificarea cu fiica naşilor ei este confirmată de efectul pe care l-a avut asupra ei analiza genogramei – „dezgheţarea" la propriu şi la figurat. **Laura află despre modul în care i s-a pus numele abia la vârsta de 13 ani**, marcată de apariţia ciclului menstrual. **Simptomele de anemie apar în aceeaşi perioadă… Ulterior, pe măsură ce „îngheţul emoţional" creşte, se instalează amenoreea. Simplă coincidenţă ?!**

O altă „fantomă" de care Laura rămăsese agăţată este bunicul ei. Multă vreme **moartea bunicului a reprezentat un secret**. Laura le-a învinovăţit pe mamă şi pe bunică pentru dispariţia bunicului. În momentul producerii morţii bunicului, Laura era plecată din oraş pentru un examen. Din nou trecerea unui prag identitar este asociată cu o catastrofă (moartea bunicului, reper important în viaţa ei, având în vedere absenţa tatălui). Din nou se întâmplă ca un bărbat să dispară din viaţa clientei, iar pentru asta sunt „vinovate" femeile.

Tema-nucleu la scară transgeneraţională în familia acestei cliente este asociată cu **confuzia identitară** (existenţă – supravieţuire, identitate de rol-sex). Aşadar, inconştientul familial creează în inconştientul individual al Laurei „fantome" multiple, înlănţuite simbolic, asociate prin funcţii identitare interferente.

Prezența obiectului-fantomă. Obiectul-fantomă în acest caz este tatăl consumator de alcool și absent din spațiul clientei. „Pentru mine Tata e un cuvânt abstract fără nici un sens, pentru că Tata se asociază cu Mama, iar în viața mea aceste două persoane sunt foarte distincte, departe una de cealaltă, fiecare pe câte o altă planetă ce-și urmează traiectoriile diferite cu perseverență." Obiectul-fantomă este prezent în acest caz numai în măsura în care mama, încercând să refacă relația-capcană (soț–soție) din care ea credea că a ieșit, își proiectează soțul în fiica ei.

În scenariul fantasmatic al mamei Laurei, fiica funcționa în rol de tată-soț care „...era un nenorocit, nu avea nici o valoare, era un nimic." În contrareplică, în scenariul fantasmatic al clientei, tatăl era perfect. Iată cum se refac relațiile-capcană prin refacerea polarităților. Mama, rupând relația cu tatăl clientei, dar neseparându-se emoțional de el, simte nevoia de a-l readuce în prezent pe fostul ei soț. Cum ? Substituindu-l prin persoana fiicei. Contraidentificarea clientei cu mama creează în planul ei fantasmatic un Tată-sfânt. „Atunci fugeam, am învățat să fac asta destul de bine, mă ascundeam, plângeam, îmi imaginam o familie liniștită, fericită... fantezia mă liniștea." (**fuga din spațiul identitar**). Pe măsură ce analiza continuă, clienta ia contact cu aceste fantasme (**decontaminarea rolurilor**). Efectul : „Eu mă trezeam și mă apucam să curăț de buruieni terenul recent cucerit. Spațiu-mi devenea mult mai întins." Laura își cucerește spațiul identitar la care renunțase în favoarea unui spațiu fantasmatic.

Evenimentele-metaforă și pasajele identitare. Pasajele identitare s-au asociat în cazul Laurei cu evenimente-traumă. Nașterea ei a coincis cu moartea fiicei nașilor, iar botezul (un alt eveniment-metaforă cu încărcătură spirituală) a coincis cu moartea celui de-al doilea naș. Acest al doilea naș a făcut infarct și tot botezul ei „s-a transformat într-o pomană". Așadar, **nașterea și botezul, două pasaje importante pentru confirmarea ca existență a clientei, s-au asociat cu moartea, cu catastrofa.** Cele două morți ale celor doi nași au apărut imprevizibil.

Însă **tema catastrofei** este prezentă încă din perioada **intrauterină**. Apariția Laurei s-a asociat cu întreruperea studiilor în cazul mamei. Iarăși tema catastrofei apare în prim plan. Regresia în stadiul intrauterin întâmplată într-una dintre ședințe a pus-o pe clientă în contact cu emoțiile din acea perioadă. Apar la suprafață noi informații și trăiri relevante... Pe perioada sarcinii mama este abuzată fizic de către tată (**violarea spațiului identitar al foetusului**). Laura a retrăit emoțiile pe care le-a avut ca făt, emoții neverbalizate, bineînțeles, până în momentul regresiei. Fătul a fost permanent contaminat de emoțiile negative ale mamei. Regresia a readus în prezent diverse etape ale vieții sale intrauterine, clienta retrăind și vizualizând dramatic momentul nașterii, care a fost foarte dificil pentru mamă și făt. „Văd sânge și simt moarte.", a verbalizat ea primul moment după naștere.

Tema « supraviețuire vs. moarte » este prezentă încă din perioada intrauterină. În timpul regresiei a fost un moment în care clienta a spus „Nu vreau să mă nasc." A existat, așadar, un moment de îndoială privind nașterea, care ne duce cu gândul la acei foetuși a căror moarte se pare că s-a petrecut prin înfășurarea (aparent voită) a cordonului ombilical în jurul gâtului. Traumele fizice și emoționale ale mamei din timpul sarcinii pot fi echivalente pentru bebeluș cu interdicția, cu refuzul sau cu teama de a se naște. El simte în rezonanță profundă cu mama sa manifestările vieții din afara uterului. Prezența elementului **foc** în descrierea experienței simbolice intrauterine („E un ochi de foc. Simt

că mă arde"), precum şi asocierea sângelui mestrual cu mizeria (dificultate pe care o are în prezent) corespund matricei perinatale III descrisă de **Stanislav Grof** (2000, 20005). El vorbeşte despre aspectul demonic şi scatologic al MPF III, menţionând că fătul vine în contact cu excremente, sânge şi urină pe care le poate înghiţi (Stanislav Grof, 2005). Matricea III e asociată şi cu motivul focului. Poate exista sentimentul că trupul poate fi cuprins de flăcări (senzaţie pe care şi Laura a avut-o în timpul experienţei terapeutice transpersonale unificatoare). Precizăm ca **tipul de experienţă regresivă transpersonală a fost realizat cu ajutorul tehnicilor bazate pe meditaţie creativă şi metaforă specifice terapiei unificării,** fără a se apela la tehnica respiraţiei holotropice a lui Stanislav Grof, dar **rezultatele obţinute au confirmat experienţe similare cu semnificaţiile asociate teoriei matricilor perinatale aparţinând acestui important autor transpersonalist.**

Retrăirea experienţei intrauterine şi posibilitatea de a verbaliza emoţiile intense ale fătului în această perioadă au pus-o pe Laura în situaţia să-şi integreze această experienţă. Interesant este faptul că după acest moment Laura **şi-a schimbat poziţia de dormit, aşa după cum ne-a relatat, uimită la rându-i de această schimbare, care i-a redat un grad de confort şi de relaxare sporit, un somn liniştit şi regenerator.** Laura s-a descris pe sine ca făt, în timpul experienţei, ca fiind chircită („Văd, sunt un făt chircit"). Ea şi-a menţinut această poziţie de dormit, acompaniată de disconfort matinal şi anxietate, întreaga viaţă, până în momentul în care a retrăit această experienţă intrauterină în cadrul terapeutic unificator şi reconstructiv.

Secretele legate de relaţia părinţilor ei în această perioadă se corelează cu fixaţia posturală şi emoţională fetală. În încercarea de reconstituire a istoriei sale familiale există un mare semn de întrebare legat de tată şi familia lui. Tatăl, reper identitar foarte important, este absent din istoria conştientă a clientei, nu însă şi din cea inconştientă transfamilială.

Este de remarcat faptul că toate aceste evenimente-metaforă şi scenariile fantasmatice în care ele se întâmplă au întreţinut relaţiile-capcană în care clienta a funcţionat atâţia ani.

Unul dintre evenimentele care confirmă **recucerirea spaţiului identitar în urma analizei unificatoare** este faptul că s-a reîntors în spaţiul natal şi în spaţiul locativ al mamei ei, în care nu putea locui înainte. A putut să o viziteze, fără resentimente, ba dimpotrivă. Familia s-a reunificat. Şi-au comunicat emoţiile, sentimentele şi regretele pentru prima oară. Scenariul familial s-a deblocat spre folosul şi bunăstarea psihologică a tuturor, ca adulţi... Laura s-a re-înrădăcinat...

Semnificaţiile psihologice ale dinamicii «fantomei»

Să comentăm, aşadar, prezenţa şi dinamica «fantomei» pornind de la cazul exemplificat.

În sinteză, să reluăm punctele-cheie:

Laura are o anemie atipică care nu răspunde la tratament, are amenoree şi a trecut printr-un episod de vaginism psihogen. **Analiza istoriei prenumelui său** a pus-o în situaţia să conştientizeze că modul în care i-a fost dat acest prenume a fost foarte important în apariţia simptomelor somatice pe care le are. Personajul-cheie în jurul căruia se creează evenimentul-metaforă este o fată de 18 ani, fiica naşilor Laurei. Această fată, denumită tot

Laura, a murit la vârsta de 18 ani (virgină) în aceeaşi zi în care s-a născut clienta noastră şi în acelaşi spital. Personajul-cheie Laura (Laura – „fantoma") moare de leucemie în urma unui accident (complicaţie), iar Laurei 2 (clienta) i se pune numele în memoria acestei fete. **Mama ei nu a fost de acord** ca ea să primească **acest nume**, dar **tatăl a insistat** (reper identitar esenţial care induce confuzie şi scindare... „tata mă recunoaşte ca vie dar numai dacă sunt... «moartă» sau ca şi moartă" – dublu mesaj). Informaţia este păstrată şi transmisă cu forţa unui mit familial (cineva se naşte reparator în locul altcuiva decedat, cineva îl substituie şi simbolic îl păstrează în viaţă pe... mort, îl re-animă), asociind culpabilitatea în cazul încălcării prescripţiilor sau conformarea la acestea în cazul solidarizării cu antecesorii semnificativi... În cazul de faţă, cu ... «fantoma».

Aşadar, naşterea Laurei coincide cu întâmplarea unei catastrofe (moartea fiicei naşilor ei). Un moment de confirmare identitară se asociază cu o catastrofă. În consecinţă, Laura este purtătoarea celei de-a doua «cripte» (o criptă mai adâncă), iar simptomele sale somatice sunt efectele manifestării «fantomei». Manifestarea acestei „fantome" în viaţa Laurei este evidentă. Anemia atipică a Laurei simulează leucemia Laurei-«fantomă», fiica naşilor. Amenoreea şi dificultăţile în asumarea sexualităţii pot fi puse în legătură cu următoarele: Laura – «fantomă», fiica naşilor era virgină şi, conform datinei, a fost îngropată în rochie de mireasă ; aşadar, în versiunea inconştientă şi contaminată prin identificare a Laurei, a accepta actul sexual ar echivala cu un abuz – durere sau cu o deflorare, trăită ca durere şi refuzată ca pierdere a castităţii – **vaginismul întreţine astfel fantasma purităţii antecesoarei decedate. Sentimentul Laurei că este «ca de gheaţă» este corespondentul emoţional simbolic al decesului primei**. Laura 2 este «cripta» simbolică pentru Laura 1. La suprafaţă pare să-l conţină pe bunicul decedat (vezi secretul familial), iar dedesubt o conţine pe cea al cărei destin substitutiv i-a fost atribuit prin nume, chiar de la naştere. Să mergem cu analiza mai departe...

Laura (clienta) nu îndrăzneşte să îşi facă prieteni „pentru că acestora li se poate întâmpla ceva rău". Se asociază pe ea însăşi cu o catastrofă. „...ajunsesem să mă consider un rebut, o catastrofă, o ruşine... tot ceea ce realizam asociam cu eşecul", spune ea. **Tot ceea ce realiza era asociat cu eşecul.** Este foarte important de menţionat că examenele Laurei (confirmări identitare) erau anticipate ca eşec.

Prin urmare, **a fi, a mă naşte, înseamnă, de fapt, a muri ! Acesta pare să fie mesajul Laurei, paradoxal, la prima vedere, dar plin de substanţă spirituală, confirmând un adevăr peren – a muri şi a te naşte este de fapt acelaşi lucru. Orice moarte este simultan o naştere şi invers.**

Inconştientul Laurei învaţă această «lecţie» întâmplată la naşterea sa şi permanent încearcă să o **scenarizeze** pe parcursul vieţii ei. E un adevăr pe care are şansa să-l conştientizeze şi să îl comunice, nu doar sieşi, ci şi altora. Se pare că aceasta este geneza evenimentelor-metaforă care se constelează în jurul unei teme-nucleu. Există o primă «lecţie» camuflată în tema-nucleu, «lecţie» care se repetă în diferite planuri, la diverse niveluri.

Apariţia evenimentelor care îi confirmă Laurei «statutul» de «catastrofă» nu se întâmplă numai după naştere, ci şi înainte de naştere. Apare în prim plan această temă-nucleu în raport cu care Laura şi filonul ei transfamilial au ceva de înţeles, de dobândit – tema **moarte-naştere-supravieţuire.** Ar putea fi o lecţie a puterii de a continua să exişti, de a te reînrădăcina, de a te căli, de a crede în valorile vieţii. Ar putea fi o lecţie despre acceptarea normalităţii morţii. Ar putea avea legătură cu capacitatea membrilor unei

familii, de la o generaţie la alta, de a-şi exprima emoţiile şi sentimentele, de a iubi şi de a recupera solidaritatea umană, dar şi de a accepta cu înţelepciune separarea.

Laura a înţeles, în urma analizei, că anemia sa atipică, amenoreea şi dificultăţile în asumarea sexualităţii (vaginismul psihogen) sunt legate de identificarea inconştientă cu această fiică decedată a naşilor ei (investiţi ca părinţi spirituali în religia creştină ortodoxă), a cărei moarte a fost asociată cu catastrofa. A înţeles că ea este, în sfârşit, **altcineva**, acordându-şi şi redăruindu-şi propriile şanse de manifestare personală – emoţională şi creatoare, redescoperindu-se. Auto-dezgheţarea a echivalat cu deconstruirea şi transcenderea morţii simbolice posturale şi emoţionale, fiind urmată de o re-naştere simbolică, dar care a reconectat-o la realitatea propriei identităţi şi fiinţe. Terapia a creat condiţiile unei «re-înfiinţări», a unei «re-înrădăcinări» a Laurei. Efectul privind deblocarea creativităţii a fost unul dintre cele mai evidente în manifestarea postterapeutică de durată.

În urma confruntării terapeutice cu cele două situaţii traumatice care o transformaseră pe Laura într-o „dublă criptă", am reuşit să trecem la **reconstituirea dramaterapeutică** a istoriei sale familiale. Acel „Nu ştiu" prin care îşi confirma permanent **„nefiinţa"** (lipsa de identitate) a fost un baraj necesar de depăşit pentru ca puzzle-ul familial să fie reconstituit.

Ceea ce a făcut posibilă construcţia genogramei a fost **re-în-fiinţarea** Laurei. „Am simţit că mă dezpietrific. Parcă mă dezgheţ. Ştiţi, exact ca atunci când ai degerături şi începi să te încălzeşti. Mă doare tot corpul." Aşa vorbea Laura despre ea imediat după prima şedinţă de analiză a genogramei. Treptat, genograma devine dinamică prin jocul de rol şi rescenarizare, prin clarificări, dialoguri care nu au avut loc în trecutul Laurei, dar care ar fi putut avea loc, readuse chiar acum şi aici, creând **spaţiul transformator al relaţiilor transfamiliale**.

Dinamicitatea dramagenogramei a avut efecte semnificative : Laura începe să-şi recâştige corpul, un **spaţiu** la care renunţase de mult. Devine mai sigură pe mişcări, mai expresivă, mai dezinvoltă, mai flexibilă. Este din ce în ce mai atentă la aspectul său, inclusiv vestimentar. Verbalizează expresiv şi utilizează cu uşurinţă metafora în discurs, de parcă şi-ar fi descoperit o a doua natură. Se comunică pe sine. Problemele personale se dizolvă una câte una. Laura este stăpână pe sine.

Evenimentele-metaforă şi pasajele identitare

Vă reamintim că înţelegem prin pasaje identitare acele perioade în care un individ are nevoie de confirmare familială şi socială a existenţei sale biologice, sociale şi spirituale. Pasajele identitare s-au asociat în cazul Laurei cu evenimente-traumă. Naşterea ei a coincis cu moartea fiicei naşilor, iar botezul (un alt eveniment-metaforă) a coincis cu moartea celui de-al doilea naş (în zona unde s-a născut Laura există două perechi de naşi). Acest al doilea naş a făcut infarct şi tot botezul ei „s-a transformat într-o pomană". Aşadar, **naşterea şi botezul, două pasaje importante pentru confirmarea ca existenţă a unei persoane, s-au asociat cu moartea, cu catastrofa**. Semnificativ este faptul că Laura află despre modul în care i s-a pus numele tot într-un moment de **pasaj identitar,** 13–14 ani. Din acel moment începe să aibă simptome de anemie. Este un răspuns-metaforă de tip organic-funcţional, relevant pentru o anume **loialitate** familială contaminată din exterior. « Amintirea » **leucemiei** antecesoarei (investită cu rolul de « părinte spiritual – naşă », ca fiică a celor care o însoţesc pe Laura la botezul de

confirmare creştină) asociază consonant, într-un moment de cumpănă identitară, un simptom mai voalat, dar tot în sfera **aparatului circulator** – cel aducător de viaţă, cu referire la suportul real şi simbolic al vieţii – **sângele**.

Pasajele identitare sunt provocări existenţiale de dezvoltare. Tema lor poate fi un prilej de integrare a unor importante calităţi ce pot ţine de partea de Umbră familială sau de depăşire a unor probleme repetitive care blochează evoluţia filonului transfamilial. Prin membrii săi, un arbore psihogenealogic **se poate redeschide şi îmbogăţi** prin noi strategii de adaptare sau de răspuns somatic, psihologic şi spiritual sau, dimpotrivă, **se poate ancora în ciclicităţi** vicioase, păgubitoare şi aducătoare de suferinţă.

Vă reamintim că tema catastrofei este prezentă încă din perioada intrauterină, prefigurând un scenariu provocativ, atât pentru evoluţia părinţilor Laurei, probabil şi a bunicilor săi, dar nu mai puţin pentru propriile sale şanse de a supravieţui, într-o matrice nu tocmai « ospitalieră », într-un moment nu tocmai potrivit, care solicită sacrificii personale de timp, prestigiu, dar mai ales solicită o capacitate de a iubi şi accepta necondiţionat succesorul – temă la care ambii părinţi ai clientei au eşuat. Îi revine Laurei continuarea şi integrarea acestei teme, inclusiv **lecţia acceptării, iertării şi valorizării propriilor părinţi,** dincolo de blocajele şi erorile lor relaţionale. Apariţia Laurei s-a asociat cu întreruperea studiilor în cazul mamei. Conceperea sarcinii (**în-fiinţarea şi în-truparea** Laurei) se asociază din nou cu o "catastrofă". Iarăşi tema catastrofei apare în prim plan. Pe perioada sarcinii **mama este abuzată fizic de către tată** (violarea spaţiului identitar al foetusului). Regresia intrauterină întâmplată într-una dintre şedinţele psihoterapeutice a pus-o în contact pe Laura cu emoţiile pe care le-a avut ca făt, emoţii neverbalizate, bineînţeles, până în momentul regresiei. Fătul a fost permanent contaminat de emoţiile negative ale mamei. Regresia a readus în prezent diverse etape ale vieţii sale intrauterine, clienta retrăind momentul naşterii, care a fost foarte dificil pentru mamă şi făt. „Văd sânge şi simt moarte.", a verbalizat ea primul moment după naştere, retrăit intens anxiogen. Experienţa trecerii prin pasajul naşterii păstrează aceeaşi temă dominantă – «supravieţuire vs. Anihilare», prezentă încă din perioada intrauterină.

Retrăirea experienţei intrauterine şi posibilitatea de a verbaliza emoţiile intense ale fătului în această perioadă au pus-o pe Laura în situaţia să-şi integreze această experienţă. Interesant este faptul că după acest moment Laura şi-a schimbat «poziţia de dormit». A fost un efect eliberator manifestat psihocorporal. Copilul interior s-a reinventat în sfârşit, mai destins, mai încrezător, mai acceptat. Vă reamintim că Laura s-a descris pe ea ca făt fiind «chircită», poziţie păstrată în timpul somnului până la momentul travaliului regresiv. Secretele legate de relaţia părinţilor în perioada intrauterină a Laurei corelează cu fixaţia posturală şi emoţională fetală. Deconspirarea secretelor a deblocat relaţia cu sine, reflectată mai întâi la nivel corporal. Dezinvoltura emoţională a recuperat dezinvoltura corporală.

În încercarea de reconstituire a istoriei sale familiale există un mare semn de întrebare legat de tată şi familia lui. Tatăl, reper identitar foarte important este absent.

Obiectul-fantomă în acest caz este tatăl consumator de alcool şi absent din spaţiul clientei. Tatăl divorţează de mama Laurei când aceasta avea 7 ani. (Să reluăm din discursul Laurei: „...Pentru mine Tata e un cuvânt abstract fără nici un sens, pentru că Tata se asociază cu Mama, iar în viaţa mea aceste două persoane sunt foarte distincte, departe una de cealaltă, fiecare pe câte o altă planetă ce-şi urmează traiectoriile diferite cu perseverenţă.")

Un alt reper identitar devine o fantasmă în viaţa Laurei. Ea nu are o relaţie cu bărbatul care este tatăl ei, ci cu o fantasmă. **Tatăl este prezent ca obiect-fantomă** în măsura în care mama, încercând să refacă relaţia-capcană (soţ–soţie) din care ea credea că a ieşit, îşi proiectează soţul în fiica ei. Contraidentificarea clientei cu mama creează în plan fantasmatic un «Tată-sfânt», intangibil şi, ca mecanism de apărare, fuga din spaţiul identitar („Atunci fugeam, am învăţat să fac asta destul de bine, mă ascundeam, plângeam, îmi imaginam o familie liniştită, fericită... fantezia mă liniştea").

Pe măsură ce analiza continuă clienta ia contact cu aceste fantasme (decontaminarea rolurilor) şi la un moment dat îşi propune să afle **ceva real** despre tată. Încă nu este pregătită să ia contact cu el, dar procesul de re-înfiinţare, de cucerire a spaţiului ei identitar a început. A mers acasă, unde niciodată nu s-a simţit ca acasă. A simţit nevoia unei discuţii cu mama sa care a uimit-o prin deschiderea pe care a manifestat-o (confirmarea faptului că Laura trăia o relaţie fantasmatică cu mama sa).

În scopul reconstituirii memoriei sale afective a apelat la jurnalele sale. A intrat în contact şi cu persoane de care o legau «afaceri neîncheiate». **Intervenţia psiho-arheologică** activează memoria afectivă şi o reconstituie. „Eu mă trezeam şi mă apucam să curăţ de buruieni terenul recent cucerit. Spaţiu-mi devenea mult mai întins." Laura îşi cucereşte spaţiul identitar la care renunţase în favoarea unui spaţiu fantasmatic.

În concluzie, **tema-nucleu la scară transgeneraţională în familia acestei cliente este asociată cu confuzia identitară (supravieţuire-moarte, identitate de rol-sex).**

Considerăm că autoanaliza pe care Laura a consemnat-o pe parcursul experienţei ei terapeutice ar putea fi relevantă pentru validarea seriei de reaşezări şi autotransformări pe care le-a realizat în cadrul propriului ei travaliu analitic experienţial centrat pe unificare, pe parcursul unei perioade de circa 8 luni. Ritmul transformărilor ei a fost destul de alert, Laura beneficiind atât de analiză individuală, cât şi de lucru terapeutic în grup, în paralel. Titlul sub care şi-a consemnat Laura rezultatele propriul travaliu terapeutic – „Secunde luminoase" (asistat de Denisa C. Stoica şi supervizat de Iolanda Mitrofan) este sugestiv şi o să-l păstrăm ca atare.

SECUNDE LUMINOASE
(eseu autoanalitic)

Undeva la graniţa dintre noapte şi zi, dintre atunci şi acum, dintre prezent şi trecut a început marea călătorie a vieţii mele.

Am fost cam speriată de această călătorie, deoarece era diferită de acele călătorii în care ai o hartă ce te ajută să găseşti drumul cel mai scurt spre destinaţie. M-am speriat atât de tare încât am încercat să renunţ. Însă, deşi raţiunea îmi spunea să renunţ, simţirea mă îndemna să merg mai departe să înfrunt necunoscutul, pe NU ŞTIU. Aşa că mi-am făcut bagajele – am pus în ele toată inteligenţa şi tot ceea ce învăţasem până atunci, toate structurile mentale ale copilăriei mele – fără să-mi dau seama că nu voi avea nevoie de ele; dar învăţasem foarte bine lecţia – trebuia să fiu cea mai bună, unica, eu eram universul şi nu un singular al pluralului numit societate.

M-am trezit într-o dimineaţă a lunii octombrie aşezată pe un scaun în faţa a 9 persoane care vorbeau despre nevoile şi dorinţele lor, despre trecut şi prezent, vorbeau despre ei. Abia atunci am conştientizat cât de retrasă eram în propriu-mi univers, cât de

greu îmi era să găsesc acele cuvinte care treceau dinspre mine spre ei. Îmi era ruşine de trecutul meu, atât de ruşine încât nu mai ştiam nimic în legătură cu el sau cel puţin asta îmi plăcea să cred. Am realizat atunci cât de goală eram, nu îmi ştiam nevoile, dorinţele, aspiraţiile. Ştiam doar că sunt o catastrofă şi datorită acestei credinţe îmi refuzasem nevoile, creativitatea, spontaneitatea, toată frumuseţea vieţii.

Ştiam să povestesc orice despre mine, dar despre acel „ceva" din interiorul meu nu puteam spune nimic, era închis ermetic, plin cu întuneric mişcător. Cum să vorbesc despre acel „ceva"? Cu cât acel ceva se agita înlăuntrul meu, cu atât mai mult vroiam să fug, îmi era foarte frică. La drept vobind, nu ştiam de ce îmi este frică. Mi-era frică de exterior, însă îmi era frică şi de înlăuntrul meu care era reversul exteriorului. Mi-era frică de ceilalţi, însă mi-era frică şi de mine care începusem să devin alta. Mi-era frică, frică, frică, frică. Atât.

Trăind această frică în minte mi se contura tot mai clar întrebarea: Ce tebuie să fac eu acum? Mărturisesc că am găsit răspunsuri variate, dar nici unul nu era suficient de bun pentru a fi pus în practică. În cele din urmă am ales să merg la terapie.

Acum când mi-am oferit chinuitorul privilegiu de a vorbi despre trecutul meu, de a descrie imaginile şi dureroasele senzaţii pe care mi le trezesc amintirile din trecut mă simt liberă, nu îmi mai este frică. Atunci nu ştiam că de abia începeam să mă nasc şi că trăiam primele clipe ale unei gestaţii ; propriu-mi embrion purtat de mine însemi, de data asta.

Mă miram atunci când, în şedinţele de terapie, căutând după amintiri în memoria mea, găseam doar terenuri virane, pline cu resturi de oameni şi obiecte, părţi nedesluşite din puzzle-ul vieţii mele şi, dintr-o dată,construcţii clare, întregi, perfect echilibrate şi strălucitoare. Din când în când aveam reflecţii pătrunzătoare, limpezi, care mă conduceau la o înţelegere clară a tot ce se întâmpla în jurul meu, în exteriorul, dar şi înlăuntrul meu.

În seara ce a urmat primei şedinţe mi s-a părut evident că esenţialul îl reprezenta ceva-ul lăuntric. Îi ţineam piept acelui ceva lăuntric. Nu mai era atât de vag, deşi nu ştiam încă să-l definesc. În acea primă şedinţă dobândisem o certitudine: ceva-ul se afla înlăuntrul minţii mele şi nu altundeva, nu în afară. Eram eu cu el, întreaga mea viaţă nu era decât o poveste între mine şi el. Din acel moment „izolarea" a căpătat un sens nou : era poate doar o trecere, poate că aveam să revin la viaţă? Suferisem foarte mult din cauza fanteziilor în care mă refugiasem. Aşteptam de la ceilalţi soluţii, complimente care, atunci când mi se ofereau, mă răneau ori mă îndepărtau şi mai şi de ceilalţi.

Îmi era cu neputinţă să înţeleg ce se întâmpla în jurul meu, nu înţelegeam de ce oamenii făceau anumite lucruri, nu ştiam nimic. Însă, paradoxal, eram curioasă în legătură cu viaţa lor, vroiam să ştiu ce se întâmplă cu ei, dar eu doream să-mi cunosc de fapt propriile nevoi. Eu nu trăiam în relaţie cu ceilalţi, ci trăiam prin ei.

Ce însemna realitatea pentru mine? Păi era un univers care, atunci când nu-mi era ostil, îmi era indiferent. Şi cu toate astea trebuia să răspund în faţa acestui univers, trebuia să mă acuz într-una pentru greşelile pe care le făceam, pentru acţiunile rele şi să fac penitenţă pentru că avusesem curajul de a le materializa. Pe măsură ce anii treceau gândurile mi se încurcau şi mai mult, ajunsesem să mă consider un rebut, o catastrofă, o ruşine, nu eram niciodată mulţumită de mine, tot ceea ce realizam asociam cu eşecul. M-am lăsat timp de 24 de ani condusă de aceste gânduri, care mi-au răpit miracolul realităţii, frumuseţea corpului, mi-au limitat creativitatea, spontaneitatea, basculând cu graţie într-o lume a laşităţii, a mediocrităţii, a celor lipsiţi de curaj: uneori mă lăsam

condusă de ceilalţi, iar atunci când acumulam suficientă mânie şi furie explodam şi vroiam să conduc copleşindu-i cu acest nou rol. Şi corpul însuşi mi se îngreunase, se înconvoiase, era rigid, uneori imobil.

Şi apoi, în cadrul modulului de psihoterapie transgeneraţională, întrucât pusesem în cuvinte murdăria, ruşinea, catastrofa ce-mi cotropiseră întreaga-mi existenţă, întrucât terapeutul îmi vorbise normal, discutam despre mine în mod diferit, mă vedeam altfel. Am început să mă despietrific, să mă dezmorţesc. Am început să simt. Trăiam. Ce mişcare declanşase oare terapeutul? Ce gând, ce emoţie, ce instinct mă împingea să simt aceste modificări ?

Începusem să mă asociez cu o catastrofă de la vârsta de 13 ani, când mama mi-a dezvăluit povestea numelui meu. Am venit pe lume în ziua de 10 mai, atunci când a murit fiica naşei mele, care avusese leucemie şi pe care o chema Laura. Aşa că, în semn de „recunoştinţă", mama mi-a pus numele Laura. De atunci am început să mă identific şi mai clar cu o catastrofă: tot ce atingeam distrugeam şi uite aşa am reuşit să-mi reprim toate trăirile autentice, emoţiile, spontaneitatea, creativitatea. Am făcut toate aceste lucruri pentru că uitasem cum este să trăieşti. De aceea, după ce am exprimat aceste evenimente din trecutul meu pe care le credeam uitate, am început să mă... despietrific.

Atunci am ştiut pentru prima dată ceva cu certitudine: vroiam să plec în această călătorie, să-mi urmez noul drum cu devotament şi cu îndârjire. Ştiam că tot ceea ce voi descoperi în această călătorie, toate piesele puzzle-lului, toate acestea vor însemna echilibrul meu. Nimic altceva nu mă interesa. Nu mă gândeam la nimic altceva.

Prima lună a analizei am trăit-o cu gândul că aveam doar un răgaz, că nu o să dureze, că o să fiu descoperită şi o să ajung la spitalul de psihiatrie. Totuşi ceva-ul se deşţepenea, slăbea strânsoarea tot mai des. Mai aveam încă o atitudine de apărare: capul intrat între umeri, corpul cocârjat, pumnii strânşi. Totul în jurul meu îmi aparea ca o primejdie. Trebuia să mă descurc pentru a vedea fără să văd, a auzi fără să aud, a simţi fără să simt. Pentru mine importantă era doar lupta cu acel ceva ce mi se instalase în minte. Uneori această luptă îmi provoca frică, o frică pe care aş putea să o asociez cu gheaţa, cu acea gheaţă pe care o aduce cu sine moartea şi atunci mă puneam pe fugă, terorizată, halucinantă, incapabilă să scot un cuvânt, să strig, alergam până ce dădeam de un loc curat şi întunecos unde mă încolăceam ca un foetus.

Totuşi, de când am început analiza m-am lăsat tot mai rar condusă de fantezii şi fantasme. Observam. Ceva-ului nu-i plăcea să-l privesc aşa, din afară, şi, după un timp, slăbea strânsoarea. Era tot acolo, însă trist, obosit, parcă nostalgic după zilele în care era unicul stăpân.

Marţi era ziua în care încetam să alerg, era ziua în care puteam să-mi pun în cuvinte angoasele, anxietatea pe care mi-o provoca această alergătură, comunicând cu cineva. Pentru început această zi reprezenta singura mea legătură cu viaţa celorlalţi.

În primele şedinţe ale analizei scoteam la iveală o părticică din teamă şi compensam apoi prin râs, plăcere, un pic de nostalgie.

Începusem să vorbesc depre mama, de cât de greu îmi fusese, toată copilăria, să mă fac iubită de ea. Singura alternativă pe care mi-o oferea analiza „fugii" erau cuvintele. Poate asta era arma împotriva **ceva**-ului : acel şuvoi de cuvinte, acea masa de cuvinte, acel uragan de cuvinte! Cuvintele, ca un joc de puzzle, m-au ajutat să reconstituiesc imaginea unei fetiţe care nu avea dorinţe, nici voinţă, nici un gust, nici un dezgust.

Fusesem totalmente construită ca să semăn cât se poate de mult cu un model uman pe care nu-l alesesem şi care nu-mi convenea. Zi de zi, de la naştere, mi se fabricaseră : gesturile, atitudinile, vocabularul. Mi se reprimaseră nevoile, plăcerile, elanurile îmi fuseseră întemniţate, machiate, deghizate. După ce m-au golit de tot cee ce era al meu mi-au umplut capul de gânduri ce mi se potriveau ca nuca în perete.

Analiza m-a ajutat să pun în cuvinte suferinţa, ruşinea : divorţul părinţilor pe care i-am cunoscut certându-se, lovindu-se, toate acele scene instalând înlăuntrul meu ceva-ul : angoasa, teama, controlul, catastrofa, ura, tot acest aluat reprimat, alungat în întuneric.

Divorţul părinţilor a adus cu el singurătatea, fantasmele, teama de abandon, eram o frunză în bătaia vântului, nu mai ştiam nimic. Nu-l cunoşteam pe tata, copilăria petrecând-o la bunici, nu-l văzusem decât foarte puţin. Îmi era însă unicul aliat, fără s-o vreau. Nu trăisem niciodată în funcţie de el, iar acum trebuia să trăiesc fără el, era un imens gol inexplicabil. Ceva subtil dispăruse pentru totdeauna, ceva tulbure. Astăzi ştiu în ce consta acea lipsă : nu mai aveam certitudinea că plac cuiva în orice împrejurare.

Pentru mine, Tata e un cuvânt abstract fără nici un sens, pentru că tata se asociază cu Mama, iar în viaţa mea aceste două persoane sunt distincte, departe una de cealaltă, fiecare pe câte o planetă ce-şi urmează traiectoriile diferite cu perseverenţă. Eu mă aflam pe planeta mamă şi uneori ne intersectam cu planeta tatălui ce aducea cu sine nenorocirea, catastrofa, tot ce era mai rău şi mai detestabil.

Nu ştiam nimic despre tatăl meu, atunci când întrebam mi se răspundea constant că era un nenorocit, că nu avea nici o valoare, era un nimic. Însă eu, copil fiind, aveam nevoie de el şi prin urmare, pentru că nimeni nu mă lămurea, am început să alunec în fantezie, unde îl întâlneam pe tatăl meu perfect.

Analiza m-a ajutat să descopăr că acel ceva se afla în universul meu încă din fragedă copilărie şi că tata nu putea face nimic pentru a mă feri de el, nu putea face nimic pentru mine. Tata avea dimensiunea pe care i-o acordase mama, nu-şi avea o dimensiune proprie. Îmi e cu totul un necunoscut, care n-a făcut niciodată parte din viaţa mea.

Atunci când am început să vorbesc despre fantasmă aceasta s-a îndepărtat de mine, m-a lăsat liberă.

De fiecare dată când deschideam uşile temute am observat pe de o parte că mecanismul încuietorii nu era aşa de complicat pe cât credeam eu şi, pe de altă parte, că acolo unde mă temeam să descopăr groaza, tortura, ruşinea descopeream fetiţa în toate stările ei : nefericită, înnebunită, înspăimântată. Mi-era frică să nu dau peste ceea ce putea să sperie o femeie de 24 de ani. Descopeream însă frica reprimată a unei copile. În spatele uşii se afla fetiţa terorizată de imaginea bunicii paterne ce-i ameninţa mama cu un cuţit, terorizată că nu putea scăpa de bunică pentru a alerga în braţele mamei ; descoperam o fetiţă îngrozită de violenţa tatălui, fetiţa căreia îi tremura stiloul în mână atunci când intra tatăl ei în cameră mirosind puternic a alcool, acea fetiţă care asista neputincioasă la scenele în care tatăl ei îi lovea mama ; am întâlnit adolescenta internată într-un spital, anemică şi ameninţată de doctor cu moartea. Atunci fugeam, am învăţat să fac asta destul de bine, mă ascundeam, plângeam, îmi imaginam o familie liniştită, fericită, am învăţat să mă mint, minciuna mă linişte, fantezia mă linişte. Retrăiam momentul împreună cu ea, deveneam ea, aveam frica ei. Apoi dipărea. Eu mă trezeam şi mă apucam să curăţ de buruieni terenul recent cucerit. Spaţiu-mi devenea tot mai întins. Retrăirea acelor momente îmi făcea bine.

Retrăind acele amintiri, reprimate, la analiză, precizând cât mai mult cu putinţă fiecare element ce alcătuia acele amintiri, mi-am dat seama că eram pe punctul de a descrie relaţia mea cu mama ca pe un univers nepericulos, plăcut, un pic plictisitor, un pic trist, ponderat, armonios, iubitor.

Atunci am înţeles-o pe mama, atunci am simţit că o iubesc. Atunci am înţeles că trăiesc fiincă am un corp care simte, am dorinţe şi speranţe, iluzii şi vise, am totul. Am prezentul şi trecutul, îl am pe atunci şi pe acum numai pentru că sunt „aici şi acum" liberă şi încrezătoare.

Acum când am început să curăţ culoarele sufletului meu încep să trăiesc tot ceea ce am reprimat atâta amar de vreme: nelinişte, furie, lacrimi, ură, dar şi adevărata nevoie de a da şi de a primi iubire.

Mintea şi sufletul meu erau animate de amintirile pe care le credeam uitate. Închideam ochii şi vedeam filmul uitării mele, mă întâlneam cu „NU Ştiu": imagini, culori, forme care se caută pentru a deveni un tot, culori şi iar culori… albastru, galben, roşu, alb, negru… umbră, siluete, firimituri de sentimente, de imagini, de sunete… mirosuri, căldură şi gheaţă. Teama… Teama de mama. Agitaţie, singurătate… confuzie! Toate se joacă… se caută… şi dintr-o dată capătă viaţă, devin eu, „aici şi acum"!

Plină de emoţii am întâlnit o copilă puternică, plină de forţă… simţea… trăia… se juca… Existam deci, nu fusesem tot timpul supusă, condusă, manipulată. Ce bucurie ! Asta trebuia să fac de acum înainte, cu ajutorul terapiei, să caut drumul şi cuvintele care aveau să mă elibereze. Pentru că acea fetiţă eram eu!

În prima parte a analizei mi-am dobândit sănătatea şi libertatea corpului. Îmi descopeream sănătatea, corpul, forţa de a-l comanda, avantajul de a mă mişca în libertate. Simţeam o bucurie imensă.

Descopeream noaptea. Descopeream luminile locurilor publice. Era primăvară (nimic nu este întâmplător – mă aduceam pe lume, a doua oară, tot primăvara). Era viaţă. Descopeream luxul magazinelor iluminate din interior, oferindu-şi comorile celor curioşi: rochiile de seară, hainele viu colorate, bijuteriile, jucăriile, florile drăgălaşe. Descopeream verdele copacilor, mirosurile. Alternanţa zonelor de lumină şi întuneric pe străzile Bucureştiului. Oamenii din jurul meu. Căldura prietenilor. Descopeream machiajul, parfumurile, rochiile, lenjeria de corp, cerceii.

Săptămâni în şir eram întruna ameţită de bucurie, de sănătate, de noapte, de noi mângâieri, de mâncare bună. Îmi petreceam zilele distrându-mă cu această minunată jucărie: corpul meu. Totul mă uimea şi-mi plăcea: cum mi se mişcau degetele, cum mă duceau picioarele, cum mi se zbăteau pleopele, cum îmi ieşea din gât vocea, cum o modulam, cum toate îmi funcţionau bine. Eram eu. Trăiam.

Mă simţeam bine pentru că niciodată nu fusesem eu cu mine însămi. Nu ştiusem niciodată ce-i aceea nepăsare. Întreaga-mi viaţă fusesem greoaie şi zbuciumată, până şi în jocurile copilăriei. Nu mă jucasem realmente de-a v-aţi ascunselea, şotron sau de-a prinselea. Ochiul mamei era acolo şi mă privea, evaluându-mi gesturile, gândurile, nelăsând nimic să-i scape.

Am trăit în permanenţă obsedată, hăituită, spionată, vinovată, până în ziua când am descifrat scenariul vieţii mele, când am descoperit semnificaţia acestuia: îmi planificasem toate acţiunile pentru a-i face mamei pe plac şi eram atât de „ancorată" în această „libertate" modificată încât uitasem că trăiesc, că vorbesc, gândesc, simt, doresc,

aspir. Faptul că am pus în cuvinte toate aceste realități trăite într-un castel de cleștar, rușinea, vinovăția, toate aceste cuvinte m-au eliberat. Rușinea și vinovăția, dorința de-a fi pe placul tuturor – erau ceva-ul lăuntric.

Atunci m-am lăsat condusă de adevăr, de realitate, de frumusețe, de mirajul libertății.

Până atunci îmi organizasem mereu scenariile trecutului de așa manieră că ceilalți, și în special mama, aveau rolul principal. Eu nu eram decât o executantă supusă.

Pe măsură ce ședințele de terapie se derulau înțelegeam din ce în ce mai mult că mintea captează totul, clasifică totul, ordonează totul. Începusem să știu totul, știam până și ceea ce credeam că nu văzusem, auzisem sau simțisem. Inițial plecasem de la ideea că eu nu știu nimic pentru că nu aveam încredere în mine. Mă temeam că odată deschise ușile uitării mele aveam să dau peste cineva care n-ar fi fost în stare să-și accepte defectele și viciile. Mi-a trebuit ceva timp să înțeleg că eu sunt sălbatică și liberă, că pot oferi iubire și sunt dispusă să primesc, că binele și răul aparțin conștiinței mele, că furia și mânia sunt ale mele și că într-o oarecare măsură îmi sunt de folos, toate acestea îmi aparțineau, mie îmi rămânea să le folosesc după cum îmi convenea.

Copila care se renăștea încet în timpul analizei experiențiale era diferită de cea pe care mi-o imaginasem eu înainte de a începe terapia. Fetița pe care mi-o imaginam eu era supusă, plină de iubire pentru mama ei, o fetiță care vroia să facă totul bine pentru a fi iubită de mama, iar pentru asta se lăsa ghidată de emoții, sentimente, gânduri care nu-i aparțineau. Cealaltă fetiță își vedea mama cu limpezime : țipând la ea că nu avea numai 10 la școală, țipând la ea atunci când se jucase prea mult și nu spălase vasele, o mamă care o compara în permanență cu „nenorocitul" de taică-su'. Această fetiță avea un ochi sensibil la ceva-ul lăuntric, un ochi pe care-l văzuse în interiorul mamei atunci când era un făt.

Acest „ochi" m-a făcut să înțeleg că exist, m-a făcut să descopăr propria-mi libertate. Credeam că sunt o supusă, dar de fapt sunt o revoltată. Așa am fost de când am venit pe lume. Exist. Iar acest lucru mă bucură la nebunie.

Știam că am un caracter personal, aveam în mine o independență, un orgoliu, o curiozitate, un simț al dreptății și al plăcerii ce nu cadrau cu ceea ce-mi fusese rezervat în „societatea" familiei mele.

Acum când am început să am cunoștință de unele defecte și nevoi ale mele îmi este mai ușor să mă apropii de mama, de soțul meu, de prietenii mei. Acum am învățat să ofer și să primesc iubire, am învățat să respect și să primesc respect. Am învățat să mă am pe mine, să mă ascult, să-mi acord încredere și valoare. Am învățat să trăiesc!

Pe măsură ce analiza înainta îmi descopeream și mai mult defectele care, în mod surpinzător pentru mine, erau un fel de materiale utile în propria-mi construcție. Nu mai simțea nevoia să le neg și cu atât mai mult să le reprim, nici măcar nu-mi mai era rușine cu ele. Îmi doream să le stăpânesc și, eventual, să le folosesc în avantajul meu.

Am început să caut tot mai mult destinderea, pacea, libertatea. Îmi doream să merg la terapie pentru a mă vindeca în întregime. Ajungeam acolo și lăsam să-mi vină în minte imagini, idei, sentimente, emoții, toate gândurile mele se stimulau unele pe altele, iar eu încercam să le exprim fără să fac o triere, fără să le aleg pe cele mai impresionante, pe cele mai inteligente, pe cele mai frumoase sau, dimpotrivă, pe cele mai mediocre, pe cele mai josnice, urâte. Uneori găseam cuvintele care mă ajutau să descopăr, să fac corelații, să mă dezvălui, alteori, când credeam că prindeam cuvintele ce m-ar fi ajutat să

aduc din inconştient în conştient sentimente şi emoţii, cuvintele se evaporau, dipăreau în inconştient. Trebuia luă de la capăt epuizanta muncă în care **eram şi spectatoare şi actriţă**. Îmi dorisem foarte mult în copilărie să devin actriţă, **acum îmi jucam propriul teatru.** Teatru? Teatrul umbrelor mele – cred!

La un moment dat, în timpul terapiei, mi se întâmpla să plâng. Plângeam din orice, aparent fără motiv. Acum, însă, ştiu ce căutam: căutam să-mi regăsesc lacrimile reprimate atâta amar de vreme. Lacrimile care plângeau moartea bunicului, pe care o negasem. Lacrimile care mă încălzeau, care-mi făceau bine, îmi încălzeau tot corpul, îmi alinau suferinţa. Lacrimile care îmi dădeau dreptul la viaţă.

Viaţa mea e cu totul schimbată. M-am descoperit, îmi ştiu trecutul şi nu îmi mai este ruşine cu el, şi asta îmi dă un sentiment de siguranţă. Mă am pe mine, sunt importantă, îmi place să fiu admirată, fiindcă sunt conştientă de valoarea mea. Mă iubesc.

Tot ceea ce simt acum ţine de miracol. Nu numai că am descoperit cuvintele care m-au adus la viaţă şi modul în care să mă exprim, dar mi-am găsit singură drumul ce mă îndepărtează de familia mea fără a o pierde şi-mi permite să-mi construiesc propriul univers, real, autentic, conform cu nevoile şi dorinţele mele.

Ceilalţi, soţul meu, prietenii, toţi cei care cunoscuseră „catastrofa", se pare că au uitat de ea. Însă eu ştiu că ea mai există undeva, acolo într-un colţ al minţii mele. Din când în când se mai agită. Însă atunci mă opresc şi caut un răspuns. Ce-o vrea? De unde îmi vine această nelinişte? Ştiu că o să găsesc răspunsul.

Am început să-mi cunosc graniţele şi să trăiesc liberă în limita lor. Teritoriul este cu siguranţă destul de vast şi pentru a-l cuceri nu-mi va ajunge întreaga viaţă. Mă simt în armonie cu mine, în siguranţă cu mine. Sunt tot o frunză în bătaia vântului, însă acum, aici şi acum, pot să aleg locul în care să mă aşez. Mi-am regăsit rădăcinile. Simţeam uneori că merg la analiză aşa cum mă duceam la facultate: să învăţ. Vroiam să ştiu totul.

Am învăţat să înving atâtea rezistenţe încât acum nu-mi este frică să dau nas în nas cu mine. Angoasele au dispărut complet, iar atunci când mai apar le las să treacă şi le stăpânesc.

Cam astea sunt cuvintele „realităţii" în care am trăit, ele m-au ajutat să reconstruiesc trecutul şi prezentul, ele au ajutat la vindecarea unei „catastrofe", a unui „cub de gheaţă" în viaţă. Nu pot găsi cuvintele care să descrie miracolul, calmul şi liniştea pe care le trăieşti atunci când te trezeşti dimineaţa şi simţi că eşti fericit, împlinit, valoros, important, frumos.

Acestea sunt cuvintele care m-au ajutat să descriu esenţialul, simplitatea, secundele luminoase în care a apărut adevărul, libertatea, frumuseţea, liniştea, calmul, ura, furia, anxietatea, violenţa, sălbăticia. Secundele luminoase care m-au născut. Ce fericire!

Toate porţile sunt deschise… palatul de cleştar s-a destrămat!

Îi mulţumesc terapeutului pentru că m-a ajutat să-i întâlnesc pe cei pe care-i iubesc şi care mă iubesc la rândul lor. Fără ei aş fi rămas zidită înlăuntrul unei „secunde" prin neputinţa mea de a-i face mamei pe plac, prin incapacitatea de a înţelege lumea mamei mele, prin certitudinea pe care o aveam că sunt o catastrofă, iar „lumina" mi-ar fi fost „întunericul" libertăţii.

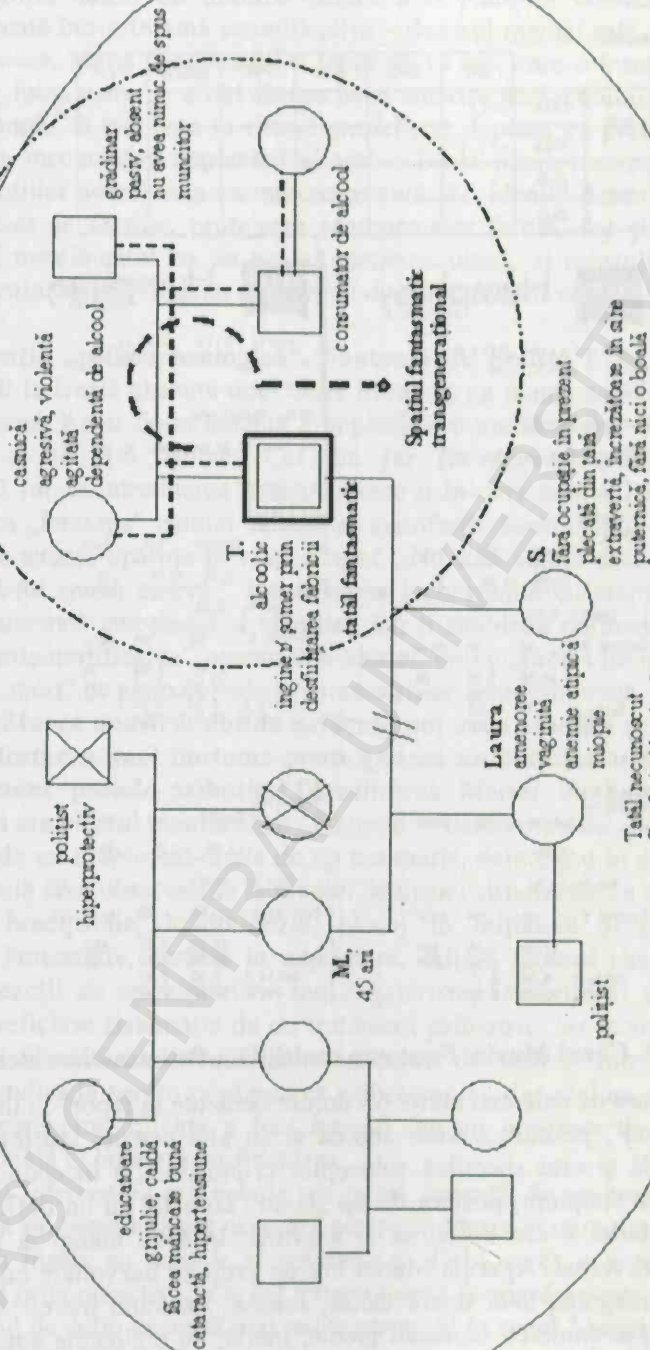
Efecte

Rezultatele obiective ale analizei transgeneraţionale unificatoare în cazul Laurei au fost următoarele:

- amenoreea s-a reglat după 5 luni de la începerea psihoterapiei, fără vreun alt tratament endocrin. În prezent ciclul pacientei este stabilizat, în limite normale, fără dureri premenstruale excesive;
- viaţa sexuală s-a reluat în limite normale, cu mai multă satisfacţie pentru ambii parteneri, viaţa lor emoţională s-a „dezgheţat"; rolul patern atribuit soţului a încetat să mai funcţioneze, aşa încât relaţia de parteneriat se renegociază dintr-o perspectivă schimbată – adult-adult; unele conflicte încă persistă, dar scopul lor este de a dinamiza, reînnoda şi reîmprospăta relaţia, apreciată acum ca pozitivă, în general;
- elementul de noutate absolută este că Laurei i s-au „încălzit extremităţile", constant, lucru confirmat şi de soţul ei, uimit de schimbare. (De când se cunosc şi dinainte de a se cunoaşte, din copilărie, Laura avea permanent mâinile şi picioarele „îngheţate", medicii consemnând o proastă circulaţie periferică);
- modificări corporale şi funcţionale evidente: flexibilitate, dezinvoltură, dinamicitate, reaşezarea „schemei corporale" într-o mai benefică şi apreciată postură, siguranţă în mişcări, expresivitate posturală în creştere. Este percepută de cei din jur ca „schimbată" în bine, ca arătând mai bine; este mai luminoasă, mai cochetă, mai îngrijită, mai preocupată de feminitatea ei şi de modul de a o pune în evidenţă. Încă primeşte complimentele cu oarecare jenă, dar participă emoţional atunci când i se adresează şi face efortul de a răspunde adecvat;
- după 4 luni şi respectiv, 8 luni de la începerea psihoterapiei şi a lucrului cu genograma, oftalmologul, surprins şi fără a-şi putea explica progresul acuităţii vizuale a Laurei, îi recomandă scăderea dioptriilor de la –2,50 la ochiul **stâng** (iniţial) la –2 după 4 luni şi la –1,50, după 8 luni, ceea ce îi permite o stare sporită de confort şi de siguranţă; ochiul **drept** prezintă şi el progrese recuperatorii, dar mai lente şi neconsonante cu cele ale ochiului stâng, respectiv înregistrează o scădere de la –2,50 la –2 după 4 luni, menţinându-se acelaşi deficit (–2) şi după 8 luni. **Dinamica recuperării deficitului vizual a celor doi ochi este în strânsă şi obiectivată legătură cu dinamica integrării Eului matern (stânga) şi respectiv a Eului patern (dreapta),** aşa cum rezultă din prezentarea cazului aflat sub cura psihoterapeutică transgeneraţională unificatoare. Datele obiective ale măsurătorilor oftalmologice, neexplicate în evoluţia lor de vreun alt tratament, lucru confirmat şi validat de medicul specialist, sprijină viziunea holistică bazată pe sincronicitatea proceselor psiho-organice. Schimbarea perspectivei psihologice (a „vederii interioare") asupra relaţiei traumatizante a părinţilor, integrarea rolului matern prin înţelegere, diluarea resentimentelor şi iertare deblochează energii autovindecătoare cu impact obiectiv în ameliorarea vederii fizice. **Consonanţele holistice dintre viziunea experienţială traumatică integrată emoţional şi calitatea acuităţii vizuale** sunt astfel obiectivate într-o manieră ce validează nu doar eficienţa metodei, ci şi relaţiile subtile dintre psihic, spirit şi corp, de care trebuie să avem grijă în orice tratament medical şi în **metodologia complexă** necesară asistării tuturor persoanelor care se confruntă cu dificultăţi existenţiale. Acestea cuprind şi conectează simultan configuraţia spirit-minte-corp, cu efecte

specifice în toate cele trei direcţii de dezvoltare umană. Pledoaria noastră pentru lucrul în echipă recuperatorie (medic – psiholog – psihoterapeut – asistent social) nu va înceta niciodată să aducă argumente Pro, izvorâte din realitatea practicii clinice, de succes şi de insucces;

- după aproape un an de evitare a unei vizite la domiciliul natal (locul amintirilor şi al copilăriei), din proprie iniţiativă, Laura îşi vizitează mama şi casa, redescoperindu-şi trecutul în obiecte pline de semnificaţie, pe care le reintegrează ca experienţe pozitive, benefice în starea ei generală. Îşi reciteşte jurnalele, îşi atinge jucăriile şi îşi revede câteva haine din copilărie, păstrate şi reinvestite cu valoare pozitivă – semn al trecerii Laurei prin casa părinţilor ei. Relaţia cu mama se restabileşte în termeni afectivi, normalizându-se spre beneficiul ambelor şi al întregii familii ; şi-a recucerit spaţiul, şi-a recuperat memoria afectivă blocată. Laura şi-a reintegrat... o parte din rădăcini;
- a promovat examenul de titularizare pe post de consilier (nu-şi imagina că va reuşi, şi totuşi... proiecţia uzuală a eşecului, a „catastrofei", a încetat). Succesul a fost confirmat, iar relaxarea şi speranţa pentru viitor sunt experimentate cu uimire, cu încredere, cu optimism, cu oarecare detaşare înţeleaptă. Laurei nu îi mai este... frică;
- a intrat la a doua facultate, nevoile ei de dezvoltare personală fiind în creştere. Interesele profesionale s-au lărgit, iar mobilizarea pentru a-şi extinde posibilităţile de expresie şi activitate a crescut semnificativ. După „dezgheţul" interior, Laura „curge" asemenea unui râu năvalnic. Învaţă să traverseze şi alte spaţii, interioare şi exterioare, alte provocări; este o persoană liberă, fluidă şi flexibilă, cu o creativitate peste medie;
- a reluat contactul cu un vechi coleg, din zona copilăriei sale, de care încă era legată printr-o „afacere emoţională nefinalizată", evitându-l nevrotic de ani de zile; au rezolvat împreună problema, defantasmând-o şi recuperându-şi fiecare emoţiile blocate. Şi lucrurile au părut dintr-o dată simple şi fără semnificaţie specială. Pur şi simplu s-au aşezat în firea lucrurilor şi a timpului. S-au acceptat şi înţeles fără ranchiună;
- A rămas un punct semnificativ ca **sarcină de dezvoltare** pentru Laura: reintegrarea „rădăcinii" paterne, absente de ani de zile din viaţa ei. Laura a ajuns la concluzia că reluarea contactului cu tatăl său ar fi benefică pentru dezvoltarea ei. Urmează să îl caute în zona geografică ceva mai îndepărtată în care locuieşte şi care, culmea, e coincidentă cu zona în care locuieşte vechiul ei coleg cu care tocmai şi-a integrat o relaţie trenantă şi confuză, în termeni clarificatori şi reparatori... Cu alte cuvinte are deja un antrenament reparator confirmat. Iniţiativa de a-l relua şi în cadrul relaţiei ei fundamentale, cea cu tatăl absent, îi aparţine în exclusivitate şi este rodul reflexiilor şi insight-urilor pe care continuă să le facă, pe cont propriu. Doreşte să îşi reaşeze în matricea evoluţiei şi al doilea pol semnificativ al relaţiei parentale, implicit al relaţiei dintre părţile sale identitare – cea feminină şi cea masculină. **Învaţă să se unifice...** Să sperăm că va reuşi.


Legendă:
= relație-capcană
= personaj fantasmatic
Spațiul psihogenerațional
polițist
hiperprotectiv
educatoare
grijulie, caldă
făcea mâncare bună
cataractă, hipertensiune
M.,
45 ani
T.
alcoolic
inginer șomer prin
desființarea fabricii
tatăl fantasmatic
casnică
agresivă, violentă
agitată
dependentă de alcool
grădinar
pasiv, absent
nu avea nimic de spus
muncitor
consumator de alcool
Spațiul fantasmatic
transgenerațional
Laura
amenoree
vaginită
anemie atipică
miopie
polițist
Tatăl necunoscut
Confuzie identitară
Identitate incertă, nevoie de
în-ființare, de înrădăcinare
Fugă în spațiul fantasmatic
S.
fără ocupație în prezent
plecată din țară
extravertă, încrezătoare în sine
puternică, fără nici o boală
Tema supraviețuire vs. moarte



Fisa nr. AB-Z
Data 29.12.05
Nume și prenume
Adresa
Data nașterii 29.9.20..

Rezultat

		SF.	CIL.	AX.	PR.	BAZĂ	D.I.P.
V.D.	O.D.	-2					66
	OS	-1,50					
V.D.	O.D.						
	O.D.						



Humphrey SYSTEMS

Acuitus 5015

NAME:

DATE: 29/12/2005

Vertex: 13.50 mm Seq. #: 4

Right
Objective

	Sphere	Cyl	Axis
	-2.25	-0.25	81

Sph Eq -2.25

Central K	DK	MM	Axis
	42.50	7.96	26
	42.75	7.88	116
Delta K	0.25	0.08	
Avg K	42.50	7.92	

Left
Objective

	Sphere	Cyl	Axis
	-1.50		

Sph Eq -1.50

Central K	DK	MM	Axis
	42.50	7.96	150
	43.00	7.85	60
Delta K	0.50	0.11	
Avg K	42.75	7.91	



Humphrey SYSTEMS

Acuitus 5015

NAME:

DATE: 29/12/2005

Vertex: 13.50 mm Seq. #: 5

Right
Objective

	Sphere	Cyl	Axis
	-2.25	-0.25	72

Sph Eq -2.25

Central K	DK	MM	Axis
	42.25	7.99	31
	42.75	7.89	121
Delta K	0.50	0.10	
Avg K	42.50	7.94	

Left
Objective

	Sphere	Cyl	Axis
	-1.50	-0.25	135

Sph Eq -1.50

Central K	DK	MM	Axis
	42.25	7.97	153
	42.75	7.87	63
Delta K	0.50	0.10	
Avg K	42.50	7.92	

Scenariul 3. Cazul Maria. Fantoma multiplă. „Psihoza-simulacru".

Corpul traduce de cele mai multe ori doliile nefăcute în raport cu înaintașii noștri. Postura de tip „lemn", pe care o vom aborda și cu altă ocazie, însoțește cazurile de criogenie emoțională și este specifică subiecților criptofori. La începutul terapiei sale Maria prezenta acest simptom, postura de tip „lemn" corelată cu un deficit de expresie mimico-gestuală. Mariei îi era dificil să se exprime, însă nu numai la nivel mimico-gestual, ci și la nivel verbal. Apariția Mariei într-un grup de dezvoltare cu circa 2 ani în urmă se leagă de imaginea unei tinere tăcute, retrase, păstrând mereu aceeași poziție imobilă, într-un colț al camerei, oarecum greoie, inertă, cu picioarele adunate sub ea și refuzând cu obstinație orice schiță de mișcare sau de ritm, în cadrul tematicii grupului, centrat pe expresie corporală, terapie prin dans și mișcare. Maria părea înghețată și

absentă, deşi fixa cadrul grupului şi mişcările celorlalţi cu ochi mari, trişti, transparenţi, apoşi. Părea că este şi că nu este în acelaşi timp acolo. A trebuit ceva efort şi un travaliu provocativ, analitic destul de dureros pentru a o pune în contact cu realitatea ei emoţională, blocată într-o traumă semnificativă – decesul mamei sale, la volanul maşinii pe care o conducea, Maria fiind atunci o fetiţă de 14 ani, care o însoţea pe scaunul din faţă. De atunci, fetiţa, care de altfel făcuse balet anterior accidentului, şi ulterior femeia uitase pur şi simplu să se mişte în ritmul muzicii, se deplasa cu greutate, deşi nu avea vreun defect de mecanică a deplasării şi nici o boală neuro-locomotorie, deşi fusese supusă investigaţiilor necesare la vremea respectivă. Accidentul devenise câţiva ani buni aproape un secret de familie, protejarea sentimentelor fetiţei, dar şi ale tatălui rămas văduv ocultând evenimentul cu un val al aparentei uitări, al refuzului de a mai vorbi despre acest eveniment atât de greu de integrat de cei rămaşi în viaţă.

Intervenţia „psihoarheologică". Fantoma de gradul I. În timpul travaliului terapeutic a ieşit la iveală absenţa unui doliu în raport cu mama sa, dispărută în tragicul accident de maşină. Acest doliu nefăcut a împiedicat-o multă vreme să fie conştientă de identitatea sa şi să şi-o asume. Cei din jur (în special tatăl) participau prin comportamentul lor la întreţinerea acestui scenariu în care Maria lăsa, atunci când ei aveau nevoie, ca „fantoma" mamei sale să se manifeste. Sentimentul de derealizare era prezent în multe situaţii apărute în viaţa Mariei. „Nu sunt sigură dacă ceea ce simt este real. Trebuie să-mi spună cineva." Identificarea inconştientă cu mama sa decedată, de care rămăsese ancorată emoţional şi identitar, într-o simbioză nefirească, de dincolo de timp, explica „automortificarea" posturală a Mariei, întreţinându-i un joc de rol mimico-pantomimic de „mort" pe picioare, adică, paradoxal, de „mort" în viaţă.

După părerea noastră, doliile nefăcute pot avea ca efect şi un simulacru de psihoză. Manifestarea unei fantome poate genera un simulacru de psihoză, adică un comportament pseudo-psihotic. Derealizarea Mariei nu era simptomul unei psihoze reale, ci era efectul manifestării „fantomei". Este vorba de „fantoma" de gradul I, prima legată de un eveniment-cheie de tip traumatic, neintegrat în existenţa cotidiană a clientei. Efectele erau observabile la nivelul depresiei structurate ca distimie, retracţie, ton diminuat, bradipsihie, bradikinezie, blocaj în iniţiativă şi autoafirmare, ton monoton, uşor lamentativ, sărăcie în exprimare. Iniţial, tabloul simptomatologic era completat cu reacţii de opoziţionism sau negativism, inhibiţie şi uşoară disociaţie. Pacienta nu beneficiase sistematic de un tratament psihiatric, iar recomandarea noastră a fost de a mai fi odată examinată din acest punct de vedere. Între timp, cum nu a existat o contraindicaţie pentru continuarea psihoterapiei, dar nici nu s-a prescris vreun tratament medicamentos, clienta a fost inclusă într-un program de lungă durată de dezvoltare personală în manieră unificatoare.

În cursul intervenţiei era nevoie, ca primă urgenţă, de un **travaliu de doliu în raport cu mama sa.** Separarea era necesară pentru ca Maria să intre din ce în ce mai mult în contact cu ea însăşi, cu nevoile şi dorinţele ei. Deblocarea energiei se impunea în legătură cu acest prim obiectiv... Cu cât trauma legată de pierdere este mai mare, cu atât mai mult travaliul de doliu necesită mai multe etape. Şi în cazul Mariei travaliul de doliu a implicat mai multe etape şi s-a desfăşurat pe parcursul mai multor ani. Vechimea traumei a necesitat un ritm lent, delicat şi o acceptare progresivă a separării. Încet, încet,

Maria s-a dezgheţat emoţional, a putut plânge şi a depăşit „masca" rigidă după care se ascunsese ani şi ani. A putut povesti despre mama ei, despre ce şi-a imaginat despre ea şi despre ceea ce aştepta de la ea. Şi-a dat frâu liber emoţiilor, frustrărilor, mâniei de a se fi simţit părăsită şi neliniştilor care ar fi putut s-o bântuie în mod firesc după pierderea mamei sale, dacă le-ar fi dat curs, dacă i s-ar fi permis... Unul dintre semnele care au indicat acceptarea morţii mamei sale şi separarea a fost descinderea la mormântul acesteia, după ani lungi în care a ignorat sau refuzat ideea de a-l vedea. În sfârşit o iertase, acceptase pierderea. În schimb a câştigat înţelegerea asupra calităţilor pe care le-a dobândit în contextul pierderii premature – o anumită răbdare şi detaşare, un aparent autocontrol emoţional, un fel de a rămâne ca o stâncă în faţa vieţii, un mod de a nu abdica, o rezistenţă specială în faţa agresiunilor, puterea de a continua, în ciuda tristeţii şi a amărăciunii. A câştigat puterea de a supravieţui. De altfel, aceasta a şi fost lecţia revelată în contextul scenariului ei de viaţă: a învăţat să supravieţuiască în împrejurări vitrege, dezrădăcinată din matricea caldă a propriei mame. Tema transgeneraţională reluată şi integrată a antecesoarelor ei (femei dezrădăcinate, la vremea lor, atât pe linie paternă, cât şi maternă) o aduce pe Maria într-un contact mai bun, mai autentic şi mai sigur cu ea însăşi, dar şi cu filonul ei transfamilial. Ea integrează puterea de a supravieţui a identităţii feminine, puterea de a se readapta într-un mediu nefamiliar, adesea ostil, depăşirea prejudecăţilor şi a sentimentelor de victimă. Dacă străbunicile ei, aşa cum vom detalia mai jos, s-au putut simţi excluse din matricea natală, nepoata a experimentat excluderea din matricea emoţională primară, maternă, pierderile şi doliile nefăcute fiind simbolic conectate transgeneraţional în jurul temei-nucleu moarte-supravieţuire intersectată cu o altă temă importantă – înrădăcinare vs. dezrădăcinare. **Sensul lecţiei transgeneraţionale pare să fie dezvoltarea capacităţii de adaptare şi evoluţie în condiţii vitrege, provocatoare de noi experienţe şi modalităţi de a trăi**: o limbă nouă, o viziune nouă, relaţii şi contacte noi. Toate acestea presupun depăşirea prejudecăţilor, a anxietăţii de relaţie, toleranţa interetnică şi interpersonală, într-un cuvânt, deschiderea către viaţă sub toate formele ei de manifestare. Iată şi argumentele, în cele ce urmează...

Prezenţa fantomei de gradul II. „Mă simt străină în raport cu ei.", spune Maria referindu-se la familia tatălui ei. În urma construcţiei genogramei am identificat „fantoma" de gradul II, **străbunica Mariei**. Aşadar, sentimentul de „înstrăinare" în raport cu familia tatălui este legat de străbunica sa, care era de origine austriacă. Ajunsă în urma unei căsătorii interetnice în România, ea nu a învăţat niciodată limba română (dezrădăcinare, doliu nefăcut în raport cu pământul părăsit). Despre străbunica ei se spunea în familie că avea o figură imobilă. Nu râdea, nu plângea, nu exprima nici un fel de emoţie. Suferinţa străbunicii făcea parte din mitul familial, iar forma ei era «încremenirea» – un altfel de «mortificare» în viaţă. Cu câţiva ani în urmă, la începutul terapiei sale, despre Maria se putea spune acelaşi lucru. Blocată corporal, imobilă, cu dificultăţi în a se exprima verbal şi nonverbal. Loialitate inconştientă transfamilială?... Fără îndoială. Pattern repetitiv. Se pare că străbunica, «prizonieră» în limba ei, a redevenit prezentă prin intermediul nepoatei sale (care astfel devine purtătoarea unei «fantome» de gradul II). Ca şi ea, nepoata se simte străină în raport cu familia tatălui.

Lanţul repetiţiilor continuă... Tatăl Mariei, nepotul străbunicii austriece, îşi ia, la rândul său, o soţie «străină» de clanul familial. Familia tatălui a respins-o pe mama Mariei, identificând-o cu «ţiganca», adică cineva străin şi nedorit.

După cum se observă, **înstrăinarea asociată cu dezrădăcinarea** reprezintă o temă majoră a familiei din care face parte Maria. Maria s-a simţit multă vreme străină. Şi în familia din partea mamei există înaintaşi **tătari,** iar în familia din partea tatălui există **austrieci şi lipoveni** (înstrăinare pe ambele linii, maternă şi paternă). Înstrăinarea implică separare şi abandon. Teama de abandon se manifestă şi în prezent în relaţiile Mariei. Pare o teamă iraţională asociată cu diverse scenarii, dar, după cum se observă din analiza psiho-arheologică, are rădăcini adânci transgeneraţionale...

În concluzie, **«fantoma multiplă»** se referă la manifestarea mai multor **identităţi-fantomă** în acelaşi timp. Prin Maria se manifestau mai multe «fantome» ale antecesoarelor ei feminine, frecvent încercate de dificultăţile reînrădăcinării în familii şi spaţii geografice străine. De unde sentimentul de oarecare derealizare, înstrăinare şi disociere care pare a fi inclus în «zestrea» psihogenealogică a cazului. Tema-nucleu este legată de dezrădăcinare, abandon şi înstrăinare. Fenomenul de fantomă-multiplă poate genera o pseudo-psihoză sau o psihoză-simulacru şi există riscul, cel puţin iniţial, să fie diagnosticată ca psihoză reală. Din acest punct de vedere, modalităţile de diagnosticare a psihozelor ni se pare necesar să fie complementate cu analiza transgeneraţională, care ne poate aduce la lumină unele aspecte care la prima vedere pot părea incomprehensibile, absurde, ilogice, nejustificabile în contextul actual al existenţei persoanei, pretându-se la limită la atribuirea unor false diagnostice. Nuanţele dezvoltării psihologice sunt extrem de fine şi adesea conectate profund la experienţe ce ţin de inconştientul familial şi transgeneraţional. În acest context, adesea informaţiile se leagă într-o ţesătură care capătă alte sensuri, simbolice, ce pot clarifica «mesajul» unei boli simptomatice nu atât pentru individ, cât mai ales pentru filonul său transfamilial. Aceasta nu înseamnă să ignorăm boala ca atare şi să renunţăm să o tratăm chimioterapeutic, mai ales dacă intensitatea şi forma ei de manifestare evoluează în registrul psihotic. Dimpotrivă. Dar terapia familială transgeneraţională este important să fie asociată. Ar putea cataliza efecte ameliorative în pacient pe măsură ce, prin intermediul său, familia integrează anumite teme-nucleu semnificative şi asumă un alt nivel al dezvoltării spirituale.

Doliile necesare separării de fantoma-multiplă se pot face în cadrul dramagenogramei, descrisă anterior. Desigur, Maria a beneficiat de travalii repetate de acest tip, atât în grup, cât şi individual, ceea ce treptat a condus-o la conştientizări şi decriptări simbolice personalizate, iar în timp, la integrarea temei sale familiale şi la dizolvarea simptomelor.

Efecte.

Analiza transgeneraţională a ajutat-o, într-adevăr, pe Maria să se deschidă... Cum? În propria ei relaţie parteneriaIă, în contactul cu tatăl ei şi cu unele rude evitate, în relaţiile apropiate şi suportive cu cei cu care lucrează, în calitatea mai înaltă a contactelor interpersonale pe care le stabileşte acum, în capacitatea ei de a se exterioriza şi dărui. Acum Maria este o persoană implicată, agreabilă, calmă şi răbdătoare, cu un discurs expresiv, nuanţat şi bogat. Ochii ei au căpătat o strălucire permanentă şi un licăr vesel sau ghiduş, în unele momente. Se mobilizeată pentru cauze colective, fără efort, din proprie iniţiativă. Uneori plânge, rezonând cu problemele altora, dar fără a fi labilă afectiv. Este un plâns sănătos, o revenire la un mod de a fi natural, după atâţia ani de blocaj emoţional, de interdicţie a plânsului. S-a re-naturalizat. A depăşit ruşinea de a plânge, de a-şi exprima emoţiile, inclusiv cele de bucurie. În sfârşit, vibrează... e vie. Lemnul de odinioară a

înflorit. Postura e mai dezinvoltă, iar mişcarea nu mai este evitată. Se deplasează normal. Este responsabilă, coerentă în conduită şi suportivă. E o persoană de nădejde, care susţine echilibrul „casei". Este „stâlpul" casei. Şi la propriu şi la figurat…

Scenariul 4. Cazul Ioana. Înrădăcinare vs. Dezrădăcinare.

Defragmentăm din terapia unui caz doar câteva elemente de hermeneutică transgeneraţională care ni se par relevante pentru dinamica evenimentelor-metaforă şi a integrării Umbrei familiale.

Ioana este o femeie de 46 de ani, care spune despre ea însăşi: „**Îmi este teamă că nu sunt înţeleasă. Verific întotdeauna dacă cel ce mă ascultă m-a înţeles. Mi se pare uneori că nu mă exprim bine în limba asta şi nu sunt înţeleasă.**" Ioana are un sentiment de înstrăinare pe care l-am întâlnit şi în cazul altor persoane care fac parte din familii cu mixtură etnică. Istoria familială a Ioanei este marcată de **emigrări şi imigrări frecvente**. Membrii familiei ei, pe parcursul mai multor generaţii sunt unguri, austrieci, italieni, români. Alţi membrii ai familiei ei sunt emigranţi în Elveţia şi Argentina. Ioana este conştientă de efectul pe care l-a avut această „strategie familială" de schimbare a locului de baştină, a cuibului, limbii şi culturilor succesive în viaţa antecesorilor ei. Ea însăşi s-a confruntat cu sentimentul de **insecuritate, de înstrăinare şi cu dificultăţi de adaptare** în propriul ei mediu socio-cultural şi geografic (România), chiar dacă, spre deosebire de părinţii şi bunicii săi, nu l-a părăsit niciodată pentru o perioadă mai lungă, deşi şi-ar fi dorit sau ar fi fost tentată în anumite perioade, dar… „n-a fost să fie". Evenimentele-metaforă asociate cu aceste emigrări şi imigrări ale antecesorilor (traume legate de adaptare, excludere, marginalizare şi discriminare socială şi etnică, experienţa de a te simţi outsider sau străin, efortul de a se impune sau reuşi etc.) se manifestă inclusiv în plan somatic, la succesori, atrăgând atenţia asupra unor decizii şi tendinţe ale inconştientului familial...

În contrareplică la pulsiunea spre „nomadism" şi mixaj identitar etnic (care presupune simultan şi utilizarea unei limbi de adopţie sau pierderea parţială a limbii materne), nevoia de înrădăcinare, de stabilizare şi construire a unui **habitat** stabil, respectat, securizant (emoţional, normativ, cultural, inclusiv lingvistic), adică „înrădăcinat", personalizat, îşi cere dreptul la integrare… chiar şi cu preţul unor „sacrificii somatice", deloc întâmplătoare. Sensul lor simbolic este de a o împiedica pe Ioana să transforme tendinţa la nomadism, pe care familia ei i-a transmis-o ca o experienţă definitorie, pe parcursul mai multor generaţii, cu costuri emoţionale şi sociale semnificative. Este momentul ca filonul familial să se „aşeze", iar Ioana pare să fie urmaşul chemat să opereze o schimbare, o transformare de viziune şi de înţelegere asupra vieţii. Şi costurile acestei transformări se pot manifesta inclusiv la nivel corporal, oferindu-i tot atâtea „motive" care să o oblige la reducerea „mişcării, deplasării, plecării, dezrădăcinării". Ioana menţionează multe accidente soldate cu **fracturi, entorse, apoi reumatism, probleme cu ligamentele. Disconfort somatic şi psihologic, dispoziţie tristă, devitalizare, „nu-şi găseşte locul", se simte neînţeleasă de cei din jur, neliniştită. Este destul de sedentară, iar durerile cronice în sfera osteo-articulară îi limitează drastic orice deplasare.**

Am putea foarte uşor s-o diagnosticăm ca având o simplă nevroză de epuizare cu fenomene de fragilizare somatică şi s-o încurajăm să se relaxeze, să facă mişcare şi să-şi trateze… reumatismul. Nimic, însă, din toate acestea nu aduc vreo ameliorare în calitatea vieţii Ioanei, ba dimpotrivă, odată cu trecerea timpului suferinţele par să se cronicizeze.

Este nevoie de o abordare transgeneraţională, în căutarea descoperirii sensului pierdut şi al schimbării perspectivei sale de înţelegere şi acceptare a trecutului familial, a relaţiilor şi locului cu care vine în contact în prezent. Este nevoie să resemnificăm trecutul şi să rescenarizăm potenţialul evolutiv al prezentului. Este nevoie să decontaminăm prezentul de trecut şi să-i re-descoperim trecutului valenţele constructive, pentru a-l integra armonios în traiectoria vieţii. Este nevoie ca Ioana să-şi ierte şi revalorizeze strămoşii spre a restabili pacea şi unificarea interioară care să-i permită să se simtă mai puţin vinovată că a ales un alt drum. Propriul ei habitat interior şi exterior, care îi conferă autoacceptare şi siguranţă, individuare şi autoafirmare. Are nevoie să-şi recapete controlul îndelung refuzat pe propria-I viaţă. În consecinţă, terapia noastră a urmărit această paradigmă. Metaforic vorbind, a ajutat-o pe Ioana să se întoarcă în propria-I Casă şi să şi-o consolideze, să se unifice în interior, disponibilizându-se pentru o re-unificare cu mediul ei socio-familial. Acum este pe un teren stabil şi se simte ea însăşi, înţeleasă şi înţelegătoare cu ceilalţi. Simptomele somatice se ameliorează spectaculos şi, oricum, „sunt sub control".

Reparator pentru istoria transgeneraţională a familiei ei, Ioana şi soţul ei **au hotărât să nu emigreze,** cu toate că sora ei este plecată în Canada. Foarte semnificativ pentru rolul reparator şi stabilizator pe care familia Ioanei îl are în dinamica psihogenealogică este faptul că fiul ei şi-a ales profesia de **arhitect** (a face casă). A fi înrădăcinat presupune a avea o **casă.** Ioana „plăteşte" excesele strămoşilor expansivi şi instabili cu ea însăşi – bolile osteo-**articulare** o „ajută" să stopeze repetiţia dezrădăcinării. Pe de altă parte, fiul ei, arhitect de talent, repară simbolic şi faptic (creator), prin opţiunea şi afirmarea sa profesională, dificultatea majoră a filonului transfamilial. Şi mama şi fiul, prin mijloace diferite, scot la lumină Umbra familială, de data aceasta echilibrantă pentru destinul familiei. Devin „constructori" de sine şi de exterior. Ei integrează Umbra „luminoasă" a arborelui psihogenealogic, dând sens evoluţiei sale.

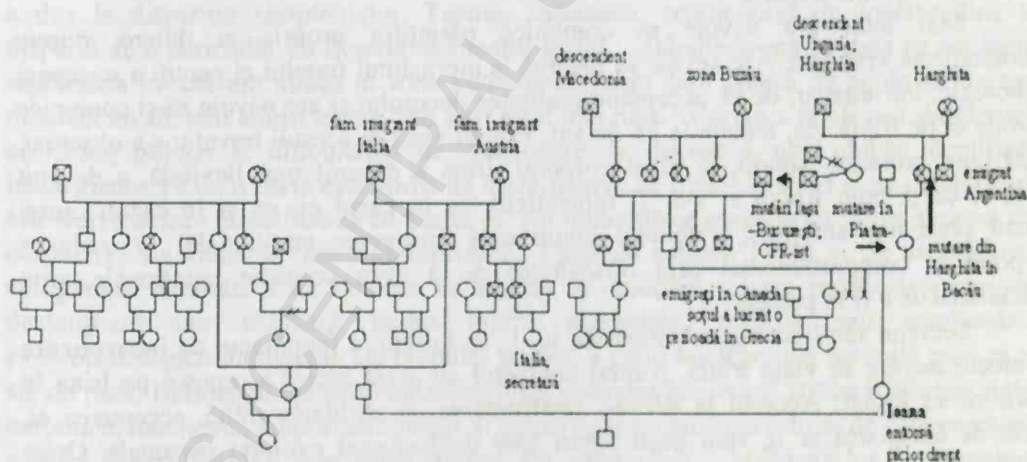


Figura 4. Ioana – dezrădăcinare vs. înrădăcinare. Genogramă simplificată

Scenariul 5. Cazul Irina – „Un mort care trebuie să rămână în viaţă".

Neacceptarea de către familie a morţii unui membru al său are efecte nu numai în planul relaţiilor familiale, ci şi în spaţiul din afara familiei. Prima apariţie a Irinei ne-a

sugerat «un lemn» care se mişcă. Prezenţa „fantomei" la nivel corporal (postura de tip «lemn») este des întâlnită la persoanele care au un doliu nefăcut, iar Irina se numără printre primele noastre cazuri de acest fel.

Problema pentru care s-a prezentat la terapie era legată de dificultatea ei de a face contacte cu persoane de ambele sexe. Ieşea în oraş însoţită de mama sa, se înroşea atunci când o persoană i se adresa şi în acele momente avea un uşor tremurat. Prima ipoteză legată de postura de tip «lemn», în viziune transgeneraţională, este legată de de **un doliu nefăcut şi de un secret familial.** Secretul asociat cu comportamentul Irinei a ieşit la iveală atunci când a fost pusă în situaţia să ia contact, printr-un joc de rol, cu părinţii ei. Afirmaţia „Eu sunt vie. Nu am murit!", rostită pe ton ridicat, ne-a pus în contact cu tema Irinei. O temă legată de supravieţuire, de existenţă şi de nonexistenţă. De ani de zile Irina joacă rolul oferit, proiectat, prescris inconştient de părinţii ei. Cel al unui mort care, paradoxal, «trebuie să rămână în viaţă». Comportamentul hiperprotectiv al părinţilor în raport cu ea nu este un mister. **Teama lor de a pierde din nou este imensă.**

Cine este personajul care se manifestă în Irina? Secretul se dezvăluie. Fratele Irinei, L., a murit într-un accident de maşină atunci când ea avea 12 ani. Băieţelul avea 7 ani. Reconstituirea momentului în care Irina află despre moartea fratelui ei este foarte importantă. Ea revine dintr-o tabără de vacanţă şi nu îşi mai găseşte fratele. Descoperă pe peretele casei familiei sale o bucată de pânză neagră. Vag începe să înţeleagă ceva, dar totuşi nu i se spune nimic. **Părinţii ei se poartă cu ea ca şi cum nimic nu s-ar fi întâmplat.** În zilele următoare află de la vecini şi de la bunici despre tragedia întâmplată. Din acel moment şi până în prezent nu a discutat niciodată cu părinţii săi despre dispariţia fratelui său. Are 25 de ani şi nu a fost niciodată la mormântul lui L. După reconstituirea momentului şi travaliul de doliu condus terapeutic, Irina înţelege de ce anume are nevoie pentru a merge mai departe.

Mai întâi are nevoie să comunice părinţilor propria ei durere, durere necomunicată vreodată. Are nevoie să meargă la mormântul fratelui ei pentru a se separa psihologic, într-adevăr, de el, acceptând realitatea decesului şi are nevoie să-şi comunice nevoile ei de fiinţă vie, femeie la 25 de ani. Primul efect al acestui travaliu s-a observat, după cum probabil bănuiţi, la nivel corporal. Irina a devenit mai flexibilă, a devenit mobilă, ca şi cum trupul ei s-ar fi reînsufleţit. Şi în cazul ei, ca şi în cazul Laurei (cazul prezentat anterior), «îngheţul emoţional» (criogenie emoţională) se traducea corporal şi comportamental prin dificultatea de a avea contacte emoţionale, prin dificultatea de a fi în prezent.

Secretul familial legat de moartea lui L. A întreţinut fenomenul de **incorporare** cu efecte majore în viaţa Irinei. Numai contactul cu acest secret a repus-o pe Irina în acord cu ea însăşi. Accesul la adevăr, confruntarea cu realitatea trăită, acceptarea ei, oricât de dureroasă ar fi, sunt paşii siguri care deblochează evoluţia personală. Orice adevăr negat, ignorat, îngropat sau eludat, secretizat, devine o Bombă cu efect întârziat – mai devreme sau mai târziu, te poate «ucide» psihologic sau te poate «mutila» sufleteşte. Adevărul ocultat creează explicaţii şi scenarii ficţionale, iraţionale, uneori magice, compensatorii, alteori de tip «horror», hrănind sentimentele de vinovăţie, inadecvare, ruşine şi frică terifiantă. Cunoaşterea adevărului este eliberatoare şi creatoare de viaţă. Adevărul repară, unifică şi dezvoltă.

Scenariul 6. Copilul «înlocuitor». Corina.

În istoria de viață a fiecărei familii există secrete legate de **avorturi** provocate, de avorturi spontane sau de copii născuți și morți la foarte puțin timp de la naștere. De multe ori astfel de evenimente se constituie în secrete în viața acestor familii, membrii ei nefiind conștienți de efectul de contaminare în raport cu viața celorlalți urmași, supraviețuitorii. Cum se manifestă prezența «fantomelor» acestor copii care nu au supraviețuit ? În experiența noastră am observat simptome de sufocare, anxietate puternică, atacuri de panică. Corina este o femeie de 35 de ani, cu o anxietate extrem de puternică, asociată cu senzații de sufocare. Se simte inadecvată în relațiile cu ceilalți, cu toate că face tot posibilul să pară în regulă. Prezintă uneori ideație suicidară. Are o puternică contraidentificare cu mama și cu toate că a înțeles multe dintre mecanismele implicate în relația cu mama sa, emoțional nu o poate ierta. Într-o ședință de travaliu pe genogramă își aduce aminte că, înainte cu câteva luni ca ea să se nască, mama ei naște un băiat cu circulară de cordon ombilical. Datorită lipsei accidentale a curentului electric în spital, copilul nu poate fi salvat. Pentru părinții săi a fost foarte important faptul că a fost un băiat. Dificultatea de a accepta această pierdere se corelează cu faptul că aproape imediat după pierderea acestui copil mama sa rămâne însărcinată cu ea. Corina vine pe post de «înlocuitor» în viața familiei sale și cu ocazia asta preia senzații, emoții, sentimente legate de doliul nefăcut în raport cu micuțul. Acum înțelege și mai bine comportamentul mamei sale în raport cu ea. Mama ei a dorit permanent de la ea performanță, ca și cum ar fi fost acel băiat care s-a pierdut.

Efecte

Cu toate că pare magic, travaliul de doliu al Corinei în raport cu acest eveniment a dus la dispariția simptomelor. Teama, sufocarea, sentimentul de incertitudine au dispărut de o perioadă. Ea descrie momentul astfel : „Gândindu-mă la ceea ce am lucrat săptămâna trecută am simțit în zona abdominală ceva care pleacă de acolo și din acel moment nu am mai simțit teamă. Mă simt mult mai bine." Corina a înțeles că simptomele ei fizice, psihice și dificultățile de relaționare se datorează unei duble identificări inconștiente. Pe de o parte este vorba de identificarea cu fratele ei mort și pe de altă parte este vorba despre identificarea cu mama ei. Nu întâmplător senzația că „ceva a plecat din corpul ei" s-a situat în **zona abdominală**. Efect de ușurare fizică și de decompresie emoțională simultan. Este limpede că mintea și emoțiile noastre reconectate sprijină, declanșează sau stopează multe dintre semnalele, cererile sau atenționările simptomatologice inteligente ale corpului nostru, a cărui înțelepciune naturală pare că ne stă de pază. Hermeneutica simptomatologică a corpului încifrează strălucit spiritualitatea corporală, inteligența autoorganizatoare și autoarmonizatoare a acestuia, de care procesele noastre inconștiente nu sunt deloc străine. Ba dimpotrivă… Matricea lor de dezvoltare pare ticluită după principii de-a dreptul transconștiente sau divine.

Precum Corina, mulți dintre noi preluăm și purtăm în viața noastră efectele unor dolii nefăcute de părinții noștri în raport cu copiii pierduți. Cu atât mai mult cu cât tematica avorturilor repetate și a deceselor copiilor născuți este o repetiție transgenerațională în viața multor filoane psihogenealogice.

Scenariul 7. Doliul nefăcut şi mortificarea unei relaţii. Sonia.

Între Sonia şi soţul ei s-a instalat de la o vreme o stare de tensiune. Se iubesc în continuare, susţine Sonia, dar nu mai fac ceea ce făceau la început. **Nu mai au timp nici să vorbească.** Ea stă acasă cu copilul lor în vârstă de câteva luni, iar el stă la serviciu. Cu ce ar putea avea legătură această transformare a relaţiei ? Sonia începe să vorbească despre debutul relaţiei lor, despre căsătorie… La un moment dat ochii i se înlăcrimează. Sonia a mai născut un copil cu ceva timp înainte de a rămâne însărcinată cu cel de-al doilea. Datorită unor complicaţii **copilul a murit la naştere.** Cu toate că Sonia dorea să-i facă o înmormântare copilului mort, soacra şi soţul ei au hotărât ca acesta să rămână la morga spitalului. Ea nu are linişte nici în prezent în legătură cu ceea ce s-a întâmplat. A conştientizat faptul că lucrurile nespuse între ea şi soţul ei în legătură cu acest copil le-a afectat relaţia. **Travaliul de separare** efectuat în şedinţa de grup a pus-o din nou pe Sonia în contact cu nevoia ei de a face un **ritual** (pomană, cruce) prin care comunitatea să confirme naşterea şi moartea primului ei copil. Sentimentele de culpabilitate s-au redus semnificativ ulterior şi o mai mare disponibilitate de contact cu soţul s-a redeschis. Nevoile spirituale reprimate conduseseră la mecanismul defensiv de evitare a pertenerului şi de sabotare şi puniţiune a relaţiei. Procesul de autoiertare, conştientizare, acceptare şi asumare a împlinirii nevoilor spirituale şi emoţionale a relansat relaţia partenerială şi cea familială pe un drum nou, deblocându-i resursele evolutive.

Scenariul 8. Cazul Ariana. Fantasma incestului şi pierderile repetate de sarcină.

Ariana este o femeie de 33 de ani (vezi genograma), care solicită intrarea într-un grup de dezvoltare personală experienţială şi ulterior în analiză personală, ca urmare a dorinţei sale de a se clarifica şi de a pune capăt unor suferinţe existenţiale semnificative: probleme de relaţie conjugală şi familială, tristeţe, idei de insecuritate şi neputinţă, anxietate, imagine de sine negativă, autodevalorizare, incapacitate de afirmare şi de finalizare a unor activităţi, dispoziţie depresivă, acuze psihosomatice, astenie, devitalizare. Care este nucleul problematic? Ariana se confruntă de câţiva ani cu **dificultatea de a duce o sarcină până la capăt, spre insatisfacţia soţului său, dar şi spre suferinţa sa repetată, fizică şi psihică.** Cu atât mai mult cu cât ambii parteneri îşi doresc prioritar în viaţa lor un copil, dispunând de toate condiţiile materiale necesare creşterii şi educării sale. Ea este diagnosticată, la un moment dat, cu o maladie foarte rară a sângelui, datorită căreia s-ar întâmpla pierderea sarcinilor. După trei ani află că diagnosticul pentru care s-a tratat 3 ani este fals. Ariana **nu** are nici o boală a sângelui. Iatrogenie care schimbă cursul dezvoltării emoţionale şi spirituale a pacientei, provocând-o cu o mulţime de „încercări", unele şocante… Ce sens poate avea o asemenea eroare în istoria de viaţă a clientei?

Factorul incriminat în apariţia infertilităţii, deşi nu este adus direct în discuţie, ci doar sugerat, este consangvinitatea, despre care se ştie că are ca efect apariţia unor boli genetice care pot stopa de cele mai multe ori perpetuarea unei familii. Ea este asociată cu incestul. Stoparea filonului transgeneraţional la un moment dat într-o familie se poate asocia cu amplificarea unor evenimente-metaforă asociate cu tema-nucleu legată de desecretizarea unor posibile sau doar fantazate relaţii incestuoase. O povară emoţională care încarcă semnificativ transmisiile inconştiente transgeneraţionale…

În urma construcției genogramei observăm că și în cazul nostru tema incestului se repetă la diverse niveluri transgeneraționale. Mama provine dintr-o familie cu mulți copii. Ea este obligată de propria-i mama (bunica Arianei) să renunțe la școală și să se ocupe împreună cu ea de gospodărie și de copii. În acest caz **i se prescrie rolul de soție**. În relația cu tatăl său (bunicul Arianei) sunt implicate sentimente **ambivalente**: **îl iubea foarte mult, dar în același timp se temea de el foarte mult**. Situație contradictorie din punct de vedere psihologic, atrăgând atenția asupra unei incongruențe semnificative în psihismul mamei clientei – modelul ei de (contra)identificare. **De ce?** Răspunsul este întotdeauna ocultat și nejustificat sau neargumentat, informațiile care vin de la mama, ca și de la bunica Arianei sunt vădit „oprite", omise, scotomizate sau chiar secretizate, fiind însoțite de refuzul mai mult sau mai puțin discret de a fi comunicate urmașilor. Referitor la posibilitatea unui **incest real** (care în atare condiții ar fi putut fi presupus), nu este precizată clar în „povestea" familiei, dar intuiții, insinuări, temeri nejustificate, aluzii sexuale culpabilizatoare și vorbe ocolitoare sunt prezente încă din copilăria Arianei.

Ariana își amintește că mama ei le-a ținut departe de casa părintească pe ea și pe sora ei. „Mama a creat niște granițe foarte rigide, **niște ziduri între noi, copiii și ei, părinții.** Dar lucrurile nu au stat la fel în privința fratelui nostru. **Doar noi, surorile, fetele, am fost astfel ținute la distanță, mai ales de tata și de bunicul**. Mult timp am crezut că pe noi nu ne iubesc, nu ne-au vrut." Prin familie circulă zvonuri legate de abuzul sexual suferit de verișoarele (pe linie maternă) ale Arianei, în copilărie. Abordarea acestui subiect în cadrul unei ședințe terapeutice îi activează clientei o amintire legată de o **încercare a bunicului său de a o abuza.** Clienta se salvează fugind și reprimă mulți ani acest episod, până în momentul în care începe analiza pe genogramă. Atunci amintirile revin cu claritate, antrenând emoții dureroase, modificări viscero-vegetative, plâns și anxietate. Secretul familial se devoalează, după ani și ani în care este cristalizat și probabil îmbogățit cu un halou al rușinii și interdicției de a mai fi abordat, fiind considerat un prilej de stigmatizare comunitară a familiei respective. „Ce o să zică lumea dacă se află?!..." – plutește teama interogativă transfamilială de trei generații, cel puțin. Nu știm dacă nu cumva evenimentul nu este legat de o temă-nucleu chiar mai veche...

Fantasma incestuoasă se transmite în inconștientul familial și apare proiectată de clientă și la nivelul relației mamei acesteia cu fiul său (fratele mai mare al Arianei), primul născut.... Fratele Arianei a fost „ca un tată pentru ea și pentru frații ei". Așadar confuzia de roluri este prezentă la a doua și la a treia generație.

Repetarea fantasmatică a unor relații incestuoase într-o familie se asociază cu confuzie identitară (dificultatea unei persoane de a-și asuma rolurile de fiică, femeie, soție, mamă sau rolurile de fiu, bărbat, soț, tată). În cazul clientei noastre (a treia generație) confuzia este legată de **asumarea rolului de mamă.** Granițele între fantasma incestului și realitatea lui nu sunt clare, tot așa cum nu sunt clare granițele între un scenariu fictional și unul real, între iluzia unui eveniment și evenimentul însuși. Dificultatea de a menține și duce sarcina la termen, atunci când nu apar explicații obiective, organice în urma unor investigații medicale de profunzime, poate fi un efect al temei secretizate și neintegrate a incestului în acestă familie. În consecință, travaliul analitic transgenerațional îi schimbă perspectiva de înțelegere clientei față de pierderile spontane, repetate de sarcini, ea având o **contramotivație inconștientă pentru a aduce pe lume copii, care pot fi „stigmatizați", deci nevitali, excluși, expulzați**. Este ca și

cum clienta îşi asumă inconştient stoparea continuităţii transfamiliale, ca urmare a unei culpe originare legate de abuzul sexual, incestuos, al unei antecesoare sau chiar al mai multora, cărora le este loială... şi reparatoare. Am putea spune că, psihologic, Ariana refuză sarcinile, tocmai pentru că refuză rodul unui incest, dar pe care nu ea l-a trăit, ci probabil una sau mai multe antecesoare, cel puţin fantasmatic, dacă nu în realitate. De multe ori abuzul sexual al unei fiice, fără a se solda neapărat cu o sarcină, continuă să fie trăit ca şi cum s-ar fi finalizat cu aceasta şi e transferat ulterior, ca proiecţie fantasmatică, la nivelul succesorilor din generaţia ulterioară, chiar dacă ei provin din alte relaţii sexuale, de tip marital. Astfel, trauma trecutului este transmisă ca o „povară" secretizată generaţiilor ulterioare, spre a fi integrată, vindecată, „spălată" emoţional, uneori cu preţul unor frustrări, suferinţe şi lecţii de viaţă, care să permită iertarea, deculpabilizarea, transformarea pulsiunii transfamiliale periculoase şi depăşirea comportamentului vicios sau patogen. Saltul spiritual al urmaşilor poate constitui o finalizare a lecţiilor neintegrate ale antecesorilor şi o deblocare a evoluţiei filonului sau, dimpotrivă, repetarea sau neintegrarea experienţei respective poate elimina din cursa vieţii (prin „blocarea" naşterii unor urmaşi viabili) chiar destinul unui filon transfamilial.

Analiza clientei în cauză este în curs de desfăşurare, dar, deşi multe dintre insight-urile legate de travaliul de desecretizare s-au produs, integrarea fenomenului şi depăşirea pattern-ului repetitiv al pierderilor de sarcină necesită un timp mult mai îndelungat.

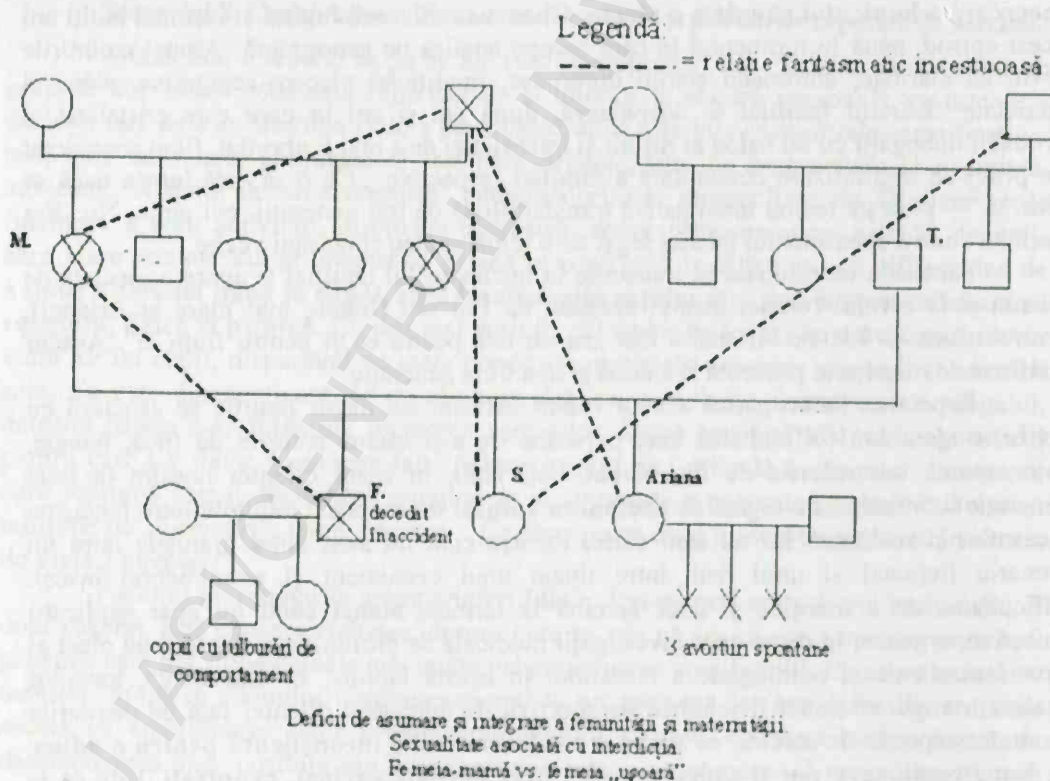


Figura 5. Ariana – fantasma incestului şi pierderile repetate de sarcină. Genogramă simplificată

Efecte de etapă. Primele modificări pozitive în dezvoltarea clientei sunt:

D. un grad crescut de afirmare de sine și de autoîncredere; un bun control emoțional, dispariția multor simptome psihosomatice de expresie anxioasă, diminuarea simptomelor depresive inițiale, revitalizare, rezistență crescută la efort lucrativ;
E. un salt remarcabil pe linia maturității emoționale și a integrării feminității de tip adult;
   – creșterea calității relației emoționale cu partenerul și a solidarității profesionale cu acesta (și-au dezvoltat împreună o afacere prosperă, perseverând în efortul comun de a aduce pe lume un copil); au început să negocieze în cuplu chiar și posibilitatea adopției unui copil; s-au redus semnificativ conflictele maritale și ca urmare a unei terapii de cuplu asociate, integrate procesului psihoterapeutic.

2.8. Scenarii-capcană întemeiate pe patternuri repetitive ce vizează alegerea partenerială

Scenariile-capcană întemeiate pe repetiția unor tipuri de alegere partenerială și asumare a identității de rol-sex sunt foarte frecvent asociate cu **dinamica pierdere-abandon-dependență-control.** Chiar dacă în unele relații-capcană sunt prioritare aspectele legate de control sau în altele sunt prioritare aspectele legate de dependență, analiza pe dramagenogramă ne confirmă prezența tuturor aspectelor specifice dinamicii menționate mai sus.

Patternuri repetitive privind alegerea partenerială

1. Prezența unui partener cu același tip de comportament structurat ca rol pe trei generații

2. Alegerea partenerului pe principiul umbrei familiale la trei generații

3. Prezența inversiunii de rol-sex la trei generații

4. Prezența separării în trei generații (divorț, deces)

5. Relații multiple

6. Repetiția unor afecțiuni somatice în trei generații asociate alegerii parteneriale

A. Rolul transmisiei intergeneraționale în menținerea patternurilor de alegere partenerială. Mitologii familiale și comunitare. Mitologiile mass-media.

Miturile familiale și comunitare legate de parteneriat generează niște așteptări, atât la transmițător cât și la primitor care influențează alegerea partenerială ducând la **fenomenul de interferență a nevoilor.** Am descris mai sus **interferența nevoilor** ca fenomen legat de loialitatea familială. Efectele **interferenței nevoilor** se pot observa în dinamica cuplului și a familiei. **Interferența nevoilor se asociază și cu lipsa de comunicare și se soldează cu așteptări și nevoi neclare care generează relații și roluri perturbate în familie.**

Mitologiile familiale interferă, bineînțeles, cu mitologiile comunitare. În fiecare comunitate și în fiecare familie există anumite transmisii legate de parteneriat, de

sexualitate, de femei, de bărbaţi. „Un bărbat poate să aibă mai multe femei dar tu ca soţie trebuie să închizi ochii.", „Să nu îmi vii însărcinată la uşă! Ai grijă!". Suntem puţin conştienti de măsura în care ne afectează intimitatea de cuplu. De ce ? Pentru a observa în ce măsură v-a afectat ceea ce se spunea în familie în legătură cu femeile, cu bărbaţii din familie sau cu alte personaje, femei sau bărbaţi importanţi în familie...rememoraţi un pic aceste evenimente.

În fiecare familie există poveşti care circulă în legătură cu anumite personaje. „Coana Didina a ţinut mulţi bărbaţi.", „Fata vecinei a luat un bărbat alcoolic şi s-a nenorocit singură." „George a luat-o pe Didina pentru bani, altfel nu s-ar fi însurat cu o nebună.", „Să nu-mi vii însărcinată la uşă ca mătuşă-ta!" „Mătuşa ta se aranja tot timpul dar nu era văzută prea bine!". Toate aceste poveşti vehiculate în familie în legătură cu anumite personaje sau anumite evenimente se regăsesc mai târziu într-un fel sau altul în povestea de viaţă a fiecăruia dintre noi. Când vorbim despre mituri familiale vorbim despre partea conştientă a transmisiei inter-şi transgeneraţionale. Există şi partea inconştientă şi semiinconştientă a acestui tip de transmisie. Este vorba despre partea de secret familial. Există secrete familiale legate de o sexualitate ruşinoasă, de adulter, de „copii din flori" de blocaje relaţionale, de divorţuri şi de separări. Şi aceste secrete participă la trasarea **hărţii transgeneraţionale a iubirii.** Harta transgeneraţională a iubirii predispune individul unor alegeri parteneriale de multe ori inconştiente, unor patternuri comportamentale ce pot fi asociate cu blocaje, dependenţă, rupturi, separări. Aceste elemente specifice hărţii transgeneraţionale a iubirii se integrează unor scenarii de viaţă care întreţin atitudini, care întreţin emoţii, sentimente, relaţii şi repetiţii. Bunica care şi-a pierdut soţul în război, străbunica care şi-a abandonat copiii sau mătuşa cu mai mulţi bărbaţi au legătură cu alegerile parteneriale ale descendenţilor lor.

Alegerea partenerului din perspectivă transgeneraţională implică confuzia nevoilor, interferenţa „poveştilor", tulburările identitare de rol-sex.

Rolul transmisiei transgeneraţionale în menţinerea patternurilor de alegere partenerială. Rolul secretelor, „criptei" şi „fantomei" în alegerea partenerială.

Secretele legate de relaţiile erotic-afective din familie pot afecta scenariul prezent de alegere partenerială. Persoanele afectate de astfel de secrete se prezintă în clinică reclamând dificultăţi în găsirea unui partener sau a unei partenere sau reclamând dificultăţi în menţinerea unei relaţii. Refacerea memoriei afective transgeneraţionale cu ajutorul dramagenogramei aduce în prim plan secrete, care cu această ocazie ies la iveală, ce privesc relaţii erotic-afective neconfirmate de membri familiei, neacceptate de aceştia în virtutea unor mituri şi ritualuri familiale. Relaţiile cu parteneri deja căsătoriţi, „copii din flori", morţile dureroase sau misterioase ale unor parteneri sau partenere sunt secrete care împiedică disponibilitatea descendenţilor pentru relaţii parteneriale. **Aceşti descendenţi sunt în incapacitatea de a elabora psihic o relaţie partenerială datorită „nespusului" din familie.** Ei sunt prinşi în scenarii-capcană şi în relaţii-capcană care întreţin patternul de eşec partenerial. S., de exemplu are 35 de ani şi în ultimii zece ani a vut 3 relaţii secrete, neconfirmate de familie, cu bărbaţi deja căsătoriţi. Din ultima relaţie s-a născut un copil. Astfel, relaţia a fost dezvăluită dar ea a rămas în continuare nesumată datorită statutului acestui bărbat care nu a divorţat de soţia lui. În urma analizei clienta S. A înţeles ce anume a făcut-o să rămână prinsă într-un astfel de scenariu. Cu ocazia analizei a descoperit că mama

ei nu era căsătorită cu tatăl ei atunci când a rămas însărcinată cu ea. Nemulţumirile şi frustrările mamei legate de preluarea rolurilor de mamă şi soţie într-un moment în care nu era pregătită a generat o relaţie-capcană mamă-fiică în care fiica a fost permanent confirmată în rol profesional şi neconfirmată în identitatea de rol-sex. Iată cum un secret legat de relaţia părinţilor săi care erau necăsătoriţi în momentul concepţiei a menţinut-o pe clienta noastră într-un scenariu-capcană pe jumătate secret, care o bloca într-un anumit rol, acela de amantă. Ea nu-şi asumă, inconştient, relaţia partenerială ceea ce o pune să aleagă parteneri care nu se angajează în relaţie.

- **Prezenţa unui partener cu acelaşi tip de comportament structurat ca rol de-a lungul a trei generaţii.**

Acest pattern se referă la faptul că o femeie sau un bărbat îşi pot alege parteneri cu comportament asemănător comportamentului antecesorilor. Care poate fi raţiunea unor asemenea alegeri? Alegerea partenerială asemănătoare antecesorilor noştri are o mare legătură cu **interferenţa nevoilor**. Nevoile unei femei pot interfera cu nevoile bunicii sau ale mamei ei sau poate chiar ale străbunicului. Loialitatea familială şi participarea la miturile şi ritualurile familiale favorizează interferenţa nevoilor şi identificarea cu părintele de acelaşi sex. Ce anume le face pe unele persoane să menţină în prezent un anumit tip de pattern relaţional? Luiza, 35 de ani nu şi-a dorit niciodată un soţ ca tatăl ei sau ca bunicul ei, bărbaţi instabili emoţional, agresivi şi absenţi în acelaşi timp. L-a ales pe Dan pentru că era cald, pentru că se simţea protejată de el. După un timp Dan a în ceput să semene din ce în ce mai mult cu tatăl ei şi cu bunicul ei. A început să consume din ce în ce mai mult alcool, a devenit din ce în ce mai irascibil şi mai nemulţumit. Ce s-a întâmplat cu Dan şi ce s-a întâmplat cu Luiza? Cum a participat fiecare la transformarea relaţiei? Oare cum ajuns Dan să semene cu tatăl şi cu bunicul dinspre mamă ai Luizei? În mod conştient Luiza se contraidentifică cu mama ei dar transgeneraţional o conţine. „Nu vreau să fiu atât de supusă ca mama mea, nu doresc să mă ocup numai de ceilalţi." Mesajul Luizei este „Nu vreau să fiu ca ea!" Este însă conştientă Luiza de nevoile ei în raport cu un partener? De cele mai multe ori contraidentificarea cu unul dintre părinţi sau cu alt membru al familiei reduce contactul cu propriile nevoi şi, paradoxal, favorizează contaminarea cu nevoile unuia dintre antecesori.

În lucrul cu dramagenograma am observat acelaşi tip de partener pe 3 sau mai multe generaţii. În cazul femeilor am observat gradul de contaminare foarte mare în ce priveşte nevoile parteneriale. Loialitatea familială, graniţele neclare între generaţii, lipsa separării în raport cu generaţiile anterioare şi, în special, fenomenele de fantomizare şi somatofantomizare menţin **fenomenul de interferenţă a nevoilor.**

- **Alegerea partenerului pe principiul umbrei familiale de-a lungul a trei generaţii.**

Schema unei astfel de alegeri parteneriale este următoarea:

Prima generaţie-A alege partenerul X

Generaţia următoare-B alege un partener în polaritate cu X

Generaţia următoare-C alege pe X

În familia lui **B.** Străbunica **L.** A avut un soţ foarte violent, bunica a ales un bărbat blând, „chiar submisiv", deosebit de tatăl ei. Tată lui B. Oscilează între blândeţe şi

violenţă iar soţul ei este foarte agresiv. După cum observăm, alegerile parteneriale pe trei generaţii oscilează între blândeţe şi agresivitate. Această oscilaţie este un reper pentru masculinitatea şi feminitatea neasumate în familia lui B. Cum sunt femeile care oscilează în aceste alegeri? Ele oscilează, la rândul lor între aceste polarităţi. Conform principiului holografic, de care am amintit şi cu altă ocazie. Polarităţile neintegrate la nivel transgeneraţional se regăsec neintegrate şi la nivel individual.

• **Prezenţa inversiunii de rol-sex la trei generaţii.** Inversiunea de rol-sex se referă la neasumarea identităţii de rol-sex, la manifestarea deficitară a masculinităţii şi feminităţii. Femeile îşi asumă responsabilităţi de bărbat

Efectele unui astfel de pattern se traduc în dificultăţi parteneriale, dificultăţi în găsirea unui partener, dificultăţi în asumarea identităţii de rol-sex.

Ultimele două patternuri au aceleaşi efecte ca în cazul patternurilor anterioare, dificultăţi în asumarea identităţii de rol-sex, teama de abandon asociată parteneriatului.

2.9. Boala şi relaţiile-capcană

Şi în cazul bolii există o mitologie familială şi comunitară. Boala este privită în diverse moduri în familia românească. Folosind somatogenograma am identificat câteva mituri familiale centrate pe boală care generează o dinamică intrafamilială de tip capcană.

• **Boala privită ca „pedeapsa lui Dumnezeu".**

Există familii în care am identificat acest mit, care se referă la boală ca pedeapsă a lui Dumnezeu. Dumnezeu este conceput ca fiind pedepsitor. Am identificat diverse teme de vinovăţie pentru care ar putea fi pedepsiţi membrii familiei. Înşelarea, trădarea, ruperea legăturilor cu părinţii, încălcarea unor ritualuri şi reguli familiale, răul făcut unor persoane din afara familiei sunt teme asociate cu repetiţia unor boli în familie. Când boala este pedeapsa lui Dumnezeu nu există nici o speranţă. Bolnavul şi familia trebuie să plătească. Aflarea unui diagnostic investit grav are efecte dezechilibrante în cadrul familiei ce menţine acest mit. Relaţiile şi rolurile familiale se restructurează brusc. Bolnavul devine „centrul familiei" dar, în acelaşi timp, este exclus din familie.

În familia lui M. Bărbaţii de pe linia tatălui mor în urma unui atac cerebral, în jurul vârstei de 50 de ani. Lui M., o femeie de 28 de ani îi este teamă că tatăl şi iubitul ei ar putea să moară în acest fel. Tatăl ei are 56 de ani. Membrii familiei „justifică" această repetiţie printr-o poveste familială care se referă la pedeapsa lui Dumnezeu. Unul dintre străbunicii lui B. A abandonat o fată pe care o lăsase însărcinată. Fata s-a sinucis. Asta se spune în această familie. B. A făcut un lucru „foarte grav" iar bărbaţii din această familie primesc pedeapsa lui Dumnezeu.

Această mitologie familială care dă sens unei repetiţii întreţine repetiţia. Există aşteptarea ca bărbaţii din acestă familie să dispară repede prin atac cerebral. Aceste aşteptări conturează roluri şi o anumită dinamică relaţională. M. Îşi aduce aminte de ceea ce se spunea în familie despre acest străbunic, „Numai el ştie ce a făcut dar asta e pedeapsa lui Dumnezeu."

Tehnica, specifică T.U., de punere în contact a clientului cu fantoma-cheie, prin dramatizare, în scopul reconectării cu un membru important din familie, o ajută pe M. Să

înţeleagă ce ar fi putut să-l facă pe acest străbunic să întrerupă relaţia cu fata rămasă însărcinată. Lipsa mijloacelor materiale şi teama de excludere din familie au fost motivele întreruperii relaţiei cu fata însărcinată.

Analizând contextul în care a apărut accidentul cerebral, la acei bărbaţi din familia tatălui, M. Reuşeşte să resemnifice această boală. Ea îşi dă seama că boala nu are nici o legătură cu pedeapsa lui Dumenezeu ci cu tip de relaţie partenerială în care acei bărbaţi, bunicul şi străbunicul s-au menţinut în ciuda tensiunilor şi conflictelor. Obsesia lui M. Legată de posibila moarte a tatălui şi iubitului ei era legată de fapt de acel eveniment al cărui protagonist era străbunicul. Iată cum tema obsesiei cuiva are legătură cu anumite secrete familiale, cu anumite evenimente despre care nu se vorbeşte sau blamate de membrii familiei.

- **Boala ca blestem.**

Efectele unei asemenea mitologii în planul dinamicii relaţiilor-capcană sunt asemănătoare cu efectele descrise în cazul „Boala ca pedeapsă a lui Dumnezeu". Blestemul poate fi din partea unei rude căreia i s-a încălcat un drept familial, i s-a făcut o nedreptate sau din partea cuiva din afara familiei care a fost afectată de un membru al acestei familii. Blestemul poate traversa generaţii.

- **Boala ca modalitate de a cere şi a oferi afecţiune.**

Strategia care foloseşte boala ca modalitate de a cere şi a oferi afecţiune se crează în relaţiile primare iar ulterior este transferată în relaţiile parteneriale. Anumite expresii populare, cum ar fi „Pe copil să-l săruţi doar în somn pentru că altfel se răsfaţă" sau „Bătaia este ruptă din rai" se referă la anumite aspecte legate de modelul cultural românesc de creştere a copilului. Ele exprimă o carenţă în legătură cu comunicarea afecţiunii în familia românească. Această carenţă a generat modalităţi mai degrabă incoştiente de a cere şi a oferi afecţiune. Boala este una dintre ele. Copilul bolnav primeşte de la părinţii lui afecţiune, contact fizic, prezenţă. Absenţa bolii este asociată cu absenţa afecţiunii. Iată cum se crează strategia, bazată pe boală, de a cere şi a oferi afecţiune. Ulterior, adultul va folosi aceeaşi strategie şi cu partenerul de viaţă. În urma studiului somatogenogramelor am observat corelaţia între contextul familial în care a apărut o boală la unul dintre parteneri şi o dificultate în cuplu.

Y. are o relaţie conflictuală cu soţia sa. Sunt împreună de 30 de ani şi sub aspectul comunicării relaţia a rămas neschimbată. Tensiuni, conflicte, reproşuri, admonestări. Singurele momente în care Y. Primeşte atenţie sunt asociate cu boala. De câte ori se vaită sau se îmbolnăveşte Y. Primeşte atenţie de la soţia lui. La începutul căsătoriei primea mai multă atenţie. Pe măsură ce această strategie de a obţine afecţiune s-a întărit efectul s-a diminuat în timp, adică Y. Nu mai primeşte ceea ce doreşte. Boala lui, un psoriazis pe care îl are din perioada adolescenţei, s-a agravat în ultimii doi ani. Spitalizările se repetă din ce în ce mai mult. În urma analizei, Y. Realizează beneficiile îmbolnăvirii şi spitalizării. „Am început să mă simt bine în spital. Am cu cine vorbi. Mă înţeleg bine cu colegii din salon."

Dincolo de baza genetică a acestei boli se poate observa din cazul prezentat mai sus ce beneficii poate aduce boala unor persoane. Evaluând mitologia familială a lui Y. Legată de boală, descoperim împreună că boala a fost pentru membrii familiei lui „monedă de schimb" pentru afecţiune.

Deficitul de comunicare în plan conştient generează modalităţi bazate pe mecanisme inconştiente de a comunica. **Boala reprezintă o modalitate de comunica „nespusul" într-o familie.**

4. Boala ca modalitate de identificare de rol-sex.

Unul dintre mecanismele prin care se transmite inconştientul familial este identificarea. Somatofantoma este efectul identificării inconştiente între membrii familiei. Cu cât confuzia identitară este mai mare cu atât şansa ca boala să devină reper de identificare este mai mare. Dificultatea în asumarea identităţii de rol-sex, de exemplu, poate genera o modalitate inconştientă de asumare. Boala poate fi reper pentru identificarea de rol-sex. Femeile care au dificultăţi în asumarea identităţii de rol-sex se identifică pe linie feminină preluând bolile femeilor din familia lor.

Z., 31 de ani face parte dintr-o familie în care atât femeile de pe linia mamei cât şi cele de pe linia tatălui au avut dificultăţi în a-şi asuma identitatea de rol-sex. Ele au oscilat între a fi extrem de submisive şi absente în relaţie şi a fi foarte dominatoare în relaţie. Astfel că ele „au reuşit" să se identifice pe linie feminină prin intermediul bolilor. Femeile de pe linia tatălui au suferit în trei generaţii histerectomie iar cele de de pe linia mamei au avut în două generaţii cancer la sân (bunica şi străbunica) iar mama a avut fibrom. Z. Se confruntă cu problema infertilităţii. În urma analizei pe genogramă ea conştientizeză sensul bolilor femeilor din familia ei şi îşi dă seama de modul în care o afectează în scenariul prezent. Analiza şi clarificarea relaţiilor ei cu femeile din familia ei o aduce în contact cu nevoile ei parteneriale. Înţelege brusc ce anume a generat dificultăţile ei relaţionale. „Mama este dură. Nu stă la dicuţii. Bunica era mai blândă dar absentă şi din relaţia cu noi şi din relaţia cu bunicul. Eu sunt când dură, când moale...Oscilez între aceste stări şi soţul meu nu mai înţelege nimic. Mi-e greu să fiu altfel. Acum îmi dau seama de unde mi se trage." Z. Înţelege modalitatea inconştientă prin care „îşi asumă" identitatea de rol-sex. Cu cinci în urmă a avut nişte noduli la sân, care au fost de natură benignă iar în prezent nu poate rămâne însărcinată. Cauzele nu sunt clare.

Conştientizarea şi integrarea relaţiilor cu femeile din familia ei au pus-o în situaţia să se înţeleagă mai bine în prezent în relaţia cu soţul ei şi să schimbe anumite aspecte legate de aşteptările, nevoile şi atitudinile ei în raport cu soţul ei. Ea este pe calea restructurării scenariului de viaţă din prezent prin integrarea trecutului.

Un alt exemplu care confirmă că boala poate fi reper de identificare de rol-sex este cazul lui D., un bărbat de de 35 de ani care se identifică cu bărbaţii din familia lui având o afecţiune hepatică. Bunicul şi tatăl lui D. Au murit de ciroză. Amândoi erau consumatori de alcool. D. Nu consumă alcool dar are hepatită C. În urma analizei contextului în care au apărut bolile D. Decupează sensul bolilor la ficat pentru bărbaţii de pe partea tatălui. El face o legătură între apariţia bolilor la ficat şi dificultatea bărbaţilor din familia lui de a face faţă reponsabilităţilor ca soţi şi taţi. Dificultatea antecesorilor în a-şi asuma masculinitatea a generat identificarea de rol-sex prin intermediul bolii.

• Boala ca „şansă" de maturizare.

Boala poate reprezenta o „şansă" de maturizare. Este unul dintre sensurile pe care unii dintre membrii lotului de cercetare l-au dat bolii. 30% dintre membrii lotului de cercetare au avut experienţa unei boli dificile (ciroză, cancer, leucemie) ori personal, ori

în contact cu alţi membrii ai familei. Ei au observat că boala dificilă îi poate pune în contact cu nevoi neglijate până în acel moment, îi poate pune în contact cu ei înşişi.

Găsirea sensului pe care îl poate avea o boală apărută într-un anumit context familial ne poate lărgi perspectiva de înţelegere asupra dinamicii intrafamiliale prezente în acel moment.

Concluzii

În cercetarea de faţă am vizat analiza fenomenului de dependenţă de substanţă din perspectivă transgeneraţională. În cadrul cercetării ne-am centrat pe analiza calitativă dinamicii intrafamiliale specifice familiilor în care există cel puţin un membru dependent de substanţă.

Ipotezele care stau la baza acestei cercetări sunt:

IPOTEZE PRINCIPALE

1. **Presupunem că activarea şi menţinerea unor relaţii-capcană în familiile cu toxicomani se asociază pierderii, neasumării şi absenţei spaţiului identitar.**
2. **Presupunem că manifestarea unor tipuri specifice de dependenţă se asociază unei constelaţii de teme-nucleu, ("dezrădăcinare vs. înrădăcinare", "putere vs. slăbiciune", "control vs. lipsa control", "dependenţă vs. abandon-pierdere").**
3. **Presupunem că scenariile-capcană identificate în familiile ţintă se structurează pe baza patternurilor comportamentale transmise transgeneraţional.**

IPOTEZE SECUNDARE

1. **Presupunem că episodul toxicoman este corelat cu nevoia de creştere, cu asumarea creşterii şi cu deturnarea de la creştere.**
2. **Presupunem că pierderea, neasumarea şi absenţa spaţiului identitar antrenează fenomene de fantomizare şi somatofantomizare care întreţin roluri şi relaţii perturbate la nivel intergeneraţional şi transgeneraţional.**
3. **Alegerile parteneriale ale persoanelor dependente sunt în directă conexiune cu dinamica transgeneraţională a acestora.**

OBIECTIVELE CERCETĂRII

1. **Screening de identificare a persoanelor cu dependenţă emoţională şi de substanţă.**
2. **Utilizarea dramagenogramei şi somatogenogramei în identificarea patternurilor repetitive ce întreţin scenariile-capcană.**
3. **Analiza calitativă a dinamicii persona-umbră şi a patternurilor repetitive în cazurile selectate.**
4. **Identificarea mecanismelor implicate în transmisia relaţiilor-capcană (fantomizare şi somatofantomizare).**
5. **Configurarea de profile dinamice transgeneraţionale specifice populaţiei cu dependenţă de substanţă şi cu dependenţă afectivă.**
6. **Aprofundarea la nivel transgeneraţional a intervenţiei de tip unificare.**

Metodele Utilizate

Modalitatea folosită în demersul nostru de cercetare este umanistă, fenomenologică şi clinică. Cercetarea noastră vizează sensul şi semnificaţia comportamentelor şi fenomenelor observate.

Metodele calitative folosite în cercetarea noastră sunt:

– analiza calitativă de teoretizare (Mucchielli, 2002)

– metoda clinică

În vederea analizei calitative de teoretizare am folosit următoarele categorii: relaţii-capcană, scenarii-capcană, temă-nucleu, eveniment-metaforă, spaţiu identitar, „obiect-fantomă", „fantomizare", creştere identitară.

Instrumentul pricipal folosit în vederea colectării şi analizei datelor îl constituie dramagenograma, dezvoltată în cadrul Terapiei Transgeneraţionale a Unificării. Dramagenograma are atât valenţe de evaluare cât şi de intervenţie psihoterapeutică.

Am selectat un număr de 200 de dramagenograme dintr-un total de 1200. Aceste 200 de dramagenograme sunt relevante din punct de vedere a obiectivelor cercetării. Criteriile după care am selectat aceşti subiecţi se referă la prezenţa **fenomenului de dependenţă de substanţă la cel puţin un membru al familiei şi la prezenţa a cel puţin un eveniment-metaforă asociat temei-nucleu dezrădăcinare vs. înrădăcinare.**

Analiza acestora a permis extragerea unor caracteristici relevante din punct de vedere a ipotezelor propuse. Cercetarea s-a realizat pe o perioadă de şase ani. În funcţie de subiecţi analiza unei genograme s-a întins pe o perioadă care variază între două şi sase luni. Unul dintre elementele specifice T.U. fiind evaluarea concomitentă cu intervenţia terapeutică în unele cazuri am obţinut să efecte de restructurare a scenariului de viaţă. Unele dintre aceste cazuri sunt prezentate în lucrarea de faţă.

În urma analizei calitative a datelor obţinute se desprind următoarele rezultate care confirmă ipotezele propuse pentru cercetare:

- **Prezenţa unor relaţii capcană în familiile cu toxicomani.**

O caracteristică importantă a relaţiilor-capcană este mecanismul de autogenerare. Din cercetarea noastră reiese că relaţiile-capcană se refac şi se menţin generaţii de-a rândul datorită dinamicii «fantomei» şi întreţin şi sunt întreţinute de tema-nucleu a familiei (exemplu: în trei generaţii femeile îşi aleg acelaşi tip de partener sau bărbaţii experimentează acelaşi tip de pierdere; alegerile profesionale se pot repeta, iar tipurile de maladii sunt interconectate transgeneraţional după reguli probabilistice ce ţin cont şi de tipurile de roluri sau de identitatea de rol-sex).

– **«Obiectul-fantomă» este profund implicat în refacerea relaţiilor-capcană şi se referă la funcţionarea unor scenarii fantasmatice bazate pe necesitatea prezenţei acestui obiect-fantomă. „Fantomizarea" reprezintă un efect al manifestării fenomenelor „criptă" şi „fantomă" în scenariul prezent al unui individ.** Dacă efectul este predominat somatic atunci vorbim despre somatofantomizare. „Fantomizarea" şi „somatofantomizarea" generează dezechilibru şi relaţii perturbate la nivel familial transgeneraţional. Ele sunt mecanisme de transmisie şi întreţinere a relaţiilor-capcană.

– **Prin dinamica «fantomei» se refac relațiile-capcană care se transmit transgenerațional. La ce se referă necesitatea prezenței obiectului-fantomă?** Ca obiect-fantomă poate funcționa orice persoană care rămâne fantasmatic în sistemul de relații al unui individ. Absența ritualurilor de separare mă poate face să rămân fantasmatic într-o pseudorelație cu o bunică moartă, cu un iubit sau iubită cu care am rupt relațiile de mult timp, cu un tată pe care nu l-am mai văzut din copilărie. Prin efect de generalizare sau de substituție – casa moștenită și vândută, mobilierul investit emoțional, spațiul habitual pierdut, colierul transmis ca un talisman de la strămoși, dar vândut sau pierdut într-o situație-limită, cărți, fotografii sau documente de familie risipite, rătăcite, dezmoștenirile etc. pot asigura același scenariu.

– **Refacerea relațiilor-capcană presupune, de fapt, refacerea polarităților identificabile la nivel transgenerațional. Polaritățile identificate la nivel transgenerațional se regăsesc la nivelul individului.** „Spre deosebire de fotografiile normale fiecare fragment mic dintr-un film holografic conține toate informațiile înregistrate în întreg" (Michael Talbot, 2004). Dacă luăm ca reper pentru observațiile noastre principiul holografic atunci putem concluziona că toate blocajele ce țin de partea de umbră familială (secrete familiale, «fantome», etc.) sunt corespondente blocajelor la nivel individual. Constelarea anumitor secrete familiale în jurul unui membru al familiei, în jurul unei relații familiale sau în jurul unei rețele de relații familiale se constituie într-un bloc energofag care poate imploza (schizofrenizarea relațiilor familiale, apariția unor boli somatice grave).

După părerea noastră ceea ce întreține loialitatea familială sunt mai curând mecanismele de refacere a polarităților și a relațiilor-capcană. Necesitatea refacerii relațiilor-capcană la nivel familial transgenerațional este legată de absența integrării acestor polarități. Tema-nucleu a unei familii poate fi putere vs. slăbiciune sau agresivitate (ură) vs. blândețe (iubire), modestie vs. orgoliu, frică vs. curaj, dependență vs. autonomie etc. O temă-nucleu se menține trei sau patru generații. Menținerea ei este un semnal pentru faptul că aceste două polarități, slăbiciune și putere, de pildă, nu au fost integrate la scară transgenerațională. În fiecare generație vom observa repetarea unui tip de relație prin care se încearcă, în mod inconștient și conform scenariului fantasmatic transgenerațional, refacerea acestor polarități. Scopul inconștient al instalării acestor repetiții la nivel familial este unificarea, integrarea și transcenderea acestor polarități. Ele sunt șanse de schimbare și nu încetează decât dacă vor declanșa într-adevăr schimbarea spirituală, saltul, prin membrii generațiilor care se succed.

Ce se poate repeta prin menținerea relațiilor-capcană? Un individ își poate alege același tip de partener precum au avut înaintașii de pe linie feminină sau masculină sau își poate alege aceeași profesie pe care au avut-o unul sau mai mulți dintre antecesorii săi. Din loialitate familială un individ poate face aceeași boală pe care au făcut-o unul sau mai mulți dintre antecesorii săi (Boszormenyi-Nagy- Schützenberger, 1993).
Scenariile fantasmatice care se creează în jurul acestor relații cu „obiectul-fantomă" implică o dinamică a relațiilor-capcană asociată repetițiilor identificabile la scară transgenerațională într-o familie. Observațiile asupra cazurilor studiate și asistate evidențiază faptul că dependența emoțională (dublată de cea toxică) este asociată cu confuzia identitară întreținută de dinamica relațiilor-capcană (contaminarea rolurilor, dinamica «fantomei»).

• **Prezența unei dinamici a scenariilor-capcană în familia toxicomanului centrate pe nevoia de creștere identitară.**

În urma cercetării asupra familiilor cu toxicomani s-a confirmat ipoteza că episodul toxicoman este corelat cu **nevoia de creștere identitară**, cu **asumarea creșterii** și cu **deturnarea de la creștere**. **Nevoia de creștere identitară** poate fi asociată riturilor de maturizare din societățile tradiționale. se asociază cu pasajele identitare. În cadrul transgenerațional în care ne-am desfășurat cercetarea am găsit o legătură între nevoia de creștere identitară și pasajele identitare. **Am numit pasaje identitare acele perioade în care un individ are nevoie de confirmare familială și socială a existenței sale biologice, sociale și spirituale. Pasajele identitare sunt provocări existențiale de dezvoltare** (Iolanda Mitrofan, Denisa C. Stoica, 2005).

Consumul de tutun, de alcool, de heroină sunt modalități patologice de satisfacere a nevoii de creștere identitară.

Deturnarea de la creștere este un fenomen observat în familia românească. Si este asociat unor scenarii-capcană. Acest fenomen este asociat cu **scenariul-capcană** «Nu este momentul să crești!» identificat în familiile pe care le-am asistat.

Există diferite modalități prin care acești părinții își mențin copiii în scenariul «Nu este momentul să crești!»:

– **negarea acestor nevoi**, «Mă fac că nu aud.» Acești părinți pot fi recunoscuți prin faptul că își tratează copiii ca și cum ar avea o vârstă mult mai mică decât în realitate.

– **intensificarea măsurilor coercitive**. Dintr-o dată acești părinți amplifică sistemul de reguli existent până în acel moment. Constrângerea devine modalitatea prioritară de comunicare între părinți și adolescenți.

– **absența părinților din relația cu adolescenții și implicit absența limitelor**

• **Prezența unei constelații de teme-nucleu asociată dinamicii familiale transgeneraționale.**

Prin analiza genogramei din perspectiva Terapiei Unificării am observat că fiecare familie are una sau mai multe teme care se mențin transgenerațional. Dependența de substanță este asociată unei constelații de patru teme-nucleu pe care le prezentăm mai jos:

1. **Tema-nucleu abandon-pierdere vs. dependență**
2. **Tema dezrădăcinare vs. înrădăcinare**
3. **Tema-nucleu slăbiciune vs. putere**
4. **Tema nucleu control vs. lipsa controlului**

1. Tema-nucleu abandon-pierdere vs. dependență se referă la pierderea spațiului identitar (case, pământuri, mutări dintr-o locuință în alta pe motive de schimbare a locului de muncă sau necesitatea unui spațiu mai mare, separarea firească de familia de origine, deportări, exil, situații de refugiere), **pierderea averii familiei, pierderea copiilor** (prin moarte sau situații de înfiere), **pierderea partenerilor de viață** (prin moarte, dispariție sau divorț), **pierderea identității** (situații de abandon, înfiere, dispariția părinților, boală psihică), **pierderi datorate unor boli somatice** (pierderea membrelor, paralizie, pierderea unui organ intern, etc.) În familiile centrate pe un astfel de scenariu, pierderea și abandonul capătă un sens de prezervare a familiei.

Descendenţilor li se transmite o mitologie în care pierderea şi abandonul sunt teme principale. În cazul în care pierderea se referă la spaţiul originar identitar, la emigrare, la deportare scenariul-capcană centrat pe pierdere şi abandon se corelează întotdeauna cu tema „dezrădăcinare vs. înrădăcinare". Teama de pierdere şi abandon generează comportamente de dependenţă şi control, integrate unor scenarii-capcană care se transmit transgeneraţional. Astfel se conturează tema-nucleu **abandon-pierdere vs. înrădăcinare.** (Frecvenţa manifestării acestei teme-nucleu se întâlneşte la 190 din numărul enogramelor analizate în cercetare; acest lucru exprimă faptul că această temă-nucleu ocupă o pondere de peste 95% rezulatat ce validează ipoteza conform căreia există constelaţii ale diverselor teme-nucleu)

2. Tema-nucleu dezrădăcinare vs. înrădăcinare.

Dezrădăcinarea, aşa cum susţine şi Evelyn Granjon este asociată exilului, migraţiei, pierderii rădăcinilor, a originii. Ea generează ruptura legăturilor de apartenenţă, a relaţiilor şi provoacă o discontinuitate în timp.(Evelyn Granjon, 1999) Dezrădăcinarea vizează trei dimensiuni, spune Evelyne Granjon, individuală, grupală, familială şi culturală. Noi am observat că dezrădăcinarea **este o temă asociată cu pierderea necesară sau forţată a spaţiului, cu neasumarea spaţiului şi rădăcinilor, cu lipsa graniţelor interfamiliale şi extrafamiliale şi cu absenţa ritualurilor de separare.**

Pierderea necesară a spaţiului vizează acele evenimente-metaforă ce se referă la mutări dintr-o locuinţă în alta pe motive de schimbare a locului de muncă sau necesitatea unui spaţiu mai mare, sau separarea firească de familia de origine. Pierderea forţată a spaţiului se referă la deportări, exil, situaţii de refugiere. Emigrarea are o mare legătură cu neasumarea spaţiului identitar.

Tema dezrădăcinării care este deseori întâlnită în istoria transgeneraţională a toxicomanilor presupune lipsa graniţelor şi pierderea spaţiului identitar originar. Pierderea şi neasumarea unui spaţiu identitar generează căutarea compulsivă a altor spaţii. Ele pot fi reale (călătorii de profesie sau dromomanii) sau imaginare (toxicomanii, retragere în fantezie)

Fenomenele de excludere şi autoexcludere transgeneraţională se corelează cu fenomenele de contraidentificare spaţială. Contraidentificarea spaţială şi absenţa ritualurilor de separare pot genera şi menţine instalarea dependenţei emoţional sau toxice (potenţialele prostituate, potenţialii dependenţi de substanţă). Un exemplu important, în acest sens, este fuga în stradă (găştile de cartier, vagabondajul). „Îmi capăt spaţiul în stradă", pare să fie intenţia inconştientă presantă care impune opţiunea şi comportamentul consecutiv.

Tema înrădăcinare vs.dezrădăcinare e constelată cu încă două teme-nucleu identificate de noi în analiza pe dramagenogramă, slăbiciune vs. putere şi control vs. lipsa controlului. (în analiza genogramelor din cercetare am constat frecvenţa crescută a prezenţei acestei teme, un număr semnificatv de 170 de teme nucleu care au ca temă dezrădăcinarea sub diversele ei forme de manifestare, conform situaţiilor specifice de viaţă; numărul de 170 exprimă o valoare procentuală de 85% din totalul temelor nucleu existente)

3. Tema-nucleu slăbiciune vs. putere.

Tema slăbiciune vs.putere este corelată des cu dependenţa de substanţă. Asumarea sau neasumarea puterii într-o familie, neacceptarea slăbiciunii sau abuzul de

putere reprezintă subteme ale acesteia. Transmisia umbrei familiale în raport cu această temă este foarte evidentă. De cele mai multe ori copiii preiau umbra părinţilor lor dându-le şansa să se mai confrunte o dată cu umbra familiei.

Sensul pe care îl dau membrii familiilor, cu care am lucrat, puterii este legat de statut, autoritate, masculinitate, posesiunea unor bunuri materiale. În polaritate există slăbiciunea, dependenţa emoţională, submisivitatea, dependenţa de substanţă (alcoolism în special), sărăcia, lipsa bunurilor materiale, incapacitatea fizică. (Tema slăbiciune vs.putere este corelată des cu dependenţa de substanţă şi se întâlneşte la 150 dintre familii pe diverse linii feminine şi masculine, ceea ce înseamnă un procent de 75% din totalul temelor nucleu descoperite)

4. Tema nucleu control vs. lipsa controlului.

Această temă este prezentă frecvent în dinamica transgeneraţională a familiilor cu toxicomani. Este o temă asociată foarte des cu tema putere vs.slăbiciune. Controlul se traduce în istoria acestor familii prin rigiditate, reguli foarte stricte, intruziune şi paradoxal prin lipsa graniţelor. Lipsa controlului este asociată violenţei, exceselor, dependenţei de alcool, dependenţei de alte substanţe.

În practica noastră clinică am identificat în familiile care se confruntă cu fenomenul dependenţei o constelaţie de teme-nucleu **corelate cu miturile şi ritualurile familiale care au prezervat familia atâtea generaţii.** Abandon-pierdere vs. dependenţă, putere vs. slăbiciune, control vs. lipsa controlului, înrădăcinare vs. dezrădăcinare sunt teme-nucleu care se transmit transgeneraţional, de fiecare dată într-un alt plan, prin patternuri repetitive sau expresie simbolică somatică incluse unor scenarii-capcană pe care le-am abordat mai sus. (Tema-nucleu control vs. lipsa controlului slăbiciune vs.putere este de asemenea corelată cu dinamica tipurilor de dependenţă şi se întâlneşte la 160 dintre familii pe diverse linii feminine şi masculine, ceea ce înseamnă un procent de 80% din totalul temelor nucleu descoperite)

- **Constelaţia temelor-nucleu este asociată unor tipuri specifice de dependenţă**

Dependenţa emoţională şi dependenţa de substanţă sunt efectul dinamicii Umbrei familiale la scară transgeneraţională. **Dependenţa de substanţă poate fi concepută ca simbol pentru neasumarea şi neintegrarea părţii de Umbră familială.**

Acest tip de dependenţă întreţine relaţii-capcană care funcţionează în cadrul unor scenarii-capcană, care se corelează cu evenimente-metaforă ce se pot manifesta la un moment dat în modalitate sincronă. Neasumarea şi neintegrarea Umbrei familiale se corelează cu confuzii identitare. Aceste confuzii identitare se manifestă în polarităţi identificabile la scară transgeneraţională şi individuală. **(Frecvenţa cu care aceste polarităţi apar în genograme este de 95% deoarece această constelaţie se desprinde în 190 de genograme din cele 200 analizate).**

1. ***Dependenţa de substanţă*** transmisă transgeneraţional este deseori asociată cu **tema-nucleu neasumării puterii, autorităţii şi identităţii de rol-sex.** (Acest tip de dependenţă şi se întâlneşte la 160 dintre familii, ceea ce înseamnă un procent de 80% din totalul temelor nucleu descoperite).

2. ***Dependența emoțională* este tot o problemă de spațiu, de data aceasta ca spațiu psihologic.** „Migrez în celălalt fiindcă nu mă pot locui." Dependența toxică ar fi o mișcare în sens invers, „mă las invadat pentru că eu nu mă pot locui." În ambele cazuri observăm lipsa de spațiu interior și exterior... (dependența emoțională este corelată cu dependența de substanță și se întâlnește la 150 dintre familii pe diverse linii feminine și masculine, ceea ce înseamnă un procent de 75%)

• **Prezența dinamicii APDC specifice manifestării temelor-nucleu**

Dinamica APDC (abandon-pierdere-dependență-control). În urma studiului genogramelor subiecților din lotul de cercetare am identificat **dinamica abandon-pierdere-dependență-control** implicată în menținerea relațiilor-capcană și scenariilor-capcană prezente în familiile care prezintă dependență. În contextul acestei dinamici dependența este un fenomen de reacție la pierdere și abandon.

Dinamica APDC este asociată scenariilor-capcană **„Nu este momentul să crești!"** și **„Dacă crești vei avea probleme!"**, și prezenței constelației temelor-nucleu „abandon-pierdere vs. dependență", „putere vs. slăbiciune", „control vs. pierderea controlului", „dezrădăcinare vs. înrădăcinare".

Identificarea dinamicii APDC implicată în întreținerea relațiilor-capcană specifice toxicomaniei poate fi și o modalitate de evaluare a problematicii clinice individuale și familiale.

Dinamica APDC este implicată în menținerea scenariile-capcană:

– scenarii-capcană cu temă predominantă abandon-pierdere vs. dependență
– scenarii-capcană cu temă predominantă putere vs. slăbiciune
– scenarii-capcană cu temă predominantă control vs. pierderea controlului
– scenarii-capcană cu temă predominantă înrădăcinare vs. dezrădăcinare

Problematica clinică asociată dinamicii APDC este:

– întârzierea separării de familia de origine. Ne referim la bărbați și femei de peste 25 de ani care locuiesc cu părinții și au dificultăți în a face relații sociale, în a-și găsi un loc de muncă în a se integra social. În cazul acestor persoane există un decalaj între nivelul emoțional și vârsta reală. Relația dintre mamă și copil rămâne neschimbată și când acesta ajunge adult. Problema legată de asumarea identității de rol-sex este tipică pentru astfel de persoane. Rolul de copil supraadaptat îi împiedică să-și asume nevoile de femei sau de bărbați. Dependența de substanță apare des în astfel de cazuri. Alianța între mamă și copil îl exclude treptat pe soț din spațiul familial. Lipsa de confirmare în rol de partener în spațiul familial îl mână pe soț într-un spațiu în care primește această confirmare. „Bufetul", restaurantul, barul sunt spații în care soțul se simte confirmat ca barbat. Activitatea pe care o face împreună cu alți bărbați îl confirmă ca bărbat. Paradoxal, consumul de alcool îl confirmă ca bărbat.

Scenariile-capcană centrate pe dependență prezintă această interdependență între consumul de substanță și dependența emoțională, așa cum reiese din frecveța crescută a frecveța crescută a cazurilor de persoane dependente care se regăsesc în totalul de 75%, respectiv 80% din numărul genogramelor analizate.

Psihopatologia corelată acestei situații se manifestă prin anxietate de relație, atacuri de atacuri de panică, depresie.

– dependenţa de partener. Dependenţa de partener implică acele situaţii în care partenerii de cuplu se confruntă cu dificultăţi în comunicare, cu violenţă familială dar rămân împreună. Dependenţa poate fi efectul repetiţiei unui pattern relaţional integrat unui scenariu transgeneraţional centrat pe dependenţă.

– codependenţa. Codependenţa se referă la modul în care membrii familiei dependentului participă la întreţinerea simptomului. Dependenţa emoţională întreţine dependenţa de substanţă.

– crize individuale centrate pe tema controlului
– crize de cuplu centrate pe tema controlului
– crize familiale centrate pe tema controlului
– crize individuale centrate pe tema abandonului
– crize de cuplu centrate pe tema abandonului
– nevroze obsesiv-compulsive
– sindrom anxios-depresiv
– atacuri de panică

Identificarea dinamicii APDC implicată în întreţinerea relaţiilor-capcană specifice toxicomaniei poate fi şi o modalitate de evaluare a problematicii clinice individuale şi familiale.

• Roluri specifice scenariilor-capcană.

Roluri specifice scenariilor-capcană centrate pe abandon şi pierdere:

– rol de victimă (în 170 din genogramele analizate se întâlneşte acest tip de rol)

– rol de persecutor (în 130 din genogramele analizate se întâlneşte acest tip de rol)

– rol de sacrificat (în 100 din genogramele analizate se întâlneşte rolul de persoană sacrificată în comportamentul femeilor din familiile extinse ale clienţilor)

Roluri specifice scenariilor-capcană centrate pe dependenţă:

– rol de copil supraadaptat

– rol de victimă (în 170 din genogramele analizate se întâlneşte acest tip de rol, reprezentând un procent de 85%)

– rol de salvator (în 170 din genogramele analizate se întâlneşte acest tip de rol, reprezentând un procent de 85%)

– rol de persecutor (în 130 din genogramele analizate se întâlneşte acest tip de rol, reprezentând un procent de 65%)

– rol de „mamă sacrificată" (în 100 din genogramele analizate se întâlneşte rolul de persoană sacrificată în comportamentul femeilor din familiile extinse ale clienţilor, reprezentând un procent de 50%)

• Prezenţa unui spaţiu identitar personal vs. spaţiul identitar surogat

Mulţi adolescenţi încep să consume alcool şi alte droguri datorită absenţei spaţiului identitar familial. Opţiunea pentru spaţiul identitar surogat este clară în cazul lor. Spaţiul identitar se află pentru ei în afara familiei. Ei sunt confirmaţi în identitatea lor pe stradă, în discotecă, în parcuri, în curtea şcolii. Refuzul sau imposibilitatea membrilor familiei de a le acorda şansa asumării acestui spaţiu identitar se asociază cu deturnarea de la creştere. **Toxicomania este, până la urmă, o problemă de graniţe, de limite.**

Nesepararea toxicomanului în raport cu mama sa sau cu altă figură primară l-a împiedicat pe acesta să-şi asume un spaţiu identitar. Nefiind confirmat în spaţiul familial el încearcă să exploreze alte teritorii, fără graniţe. **Spaţiul imaginar la care el are acces prin consumul de drog este un spaţiu identitar-surogat.** „După ce consum heroină mă simt altfel. Sunt puternic, nu-mi pasă de nimeni. Pot să înfrunt pe oricine şi nu mai am nici o problemă." Iată identitatea pe care un astfel de spaţiu-surogat o oferă toxicomanului. În societăţile primitive drogurile au fost întotdeauna o poartă de acces în alte spaţii, în teritorii neexplorate, o modalitate de a te întâlni cu Zeii. Atotputernicia trăită în acest spaţiu fără graniţe este ea însăţi fără limite. Toxicomanii experimentează lipsa de graniţe şi intruziunea încă din primii ani de viaţă. Ispita unor spaţii mai largi este foarte puternică.

Contraidentificarea spaţială asociată cu tema dezrădăcinării se referă la pierderea forţată a spaţiului identitar (spaţiul necesar manifestării unui tip de identitate) sau la neasumarea lui (deportarea, dezrădăcinarea, absenţa ritualurilor de separare). Spaţiul identitar este foarte important pentru ca un tip de identitate să se manifeste. Naşterea unui copil înseamnă şi primirea lui într-un spaţiu. Adesea, viaţa în regim de familie extinsă în condiţiile unei locaţii insuficiente ca suprafaţă (spaţii locative restrânse sau amenajate restrictiv şi promiscuu) are ca efect **confuzia graniţelor**, contaminarea rolurilor şi, în consecinţă, **pierderea şi neasumarea spaţiului identitar**. Există cupluri de tineri care locuiesc în regim de familie extinsă împreună cu părinţii unuia dintre parteneri. Nereuşind să-şi asume un spaţiu care le-ar permite să-şi intre în rolurile de soţ şi soţie, funcţionează în continuare ca şi „copii" ai cuplului parental apartenent. Scenariul funcţionează perfect până în momentul în care unul dintre parteneri îşi va asuma nevoile de creştere. În acest caz **apar conflicte care pot avea ca efect asumarea spaţiului identitar sau contraidentificarea spaţială (fuga unuia dintre parteneri). Părăsirea celuilalt partener este nu doar emoţională, ci şi fizică.** Dezrădăcinarea din domiciliul conjugal conduce iminent la divorţ sau separări greu de recuperat.

Scenariile-capcană întemeiate pe repetiţia unor tipuri de alegere partenerială şi asumare a identităţii de rol-sex sunt foarte frecvent asociate cu **dinamica pierdere-abandon-dependenţă-control.** Chiar dacă în unele relaţii-capcană sunt prioritare aspectele legate de control sau în altele sunt prioritare aspectele legate de dependenţă, analiza pe drama-genogramă ne confirmă prezenţa tuturor aspectelor specifice dinamicii menţionate mai sus.

- **Prezenţa unor Patternuri repetitive specifice privind alegerea partenerială**

1. **Prezenţa unui partener cu acelaşi tip de comportament structurat ca rol pe trei generaţii** (acest tip de comportament se regăseşte în proporţie de 80%, regăsindu-se în 160 de genograme)
2. **Alegerea partenerului pe principiul umbrei familiale la trei generaţii** (acest tip de comportament se regăseşte în proporţie de 50%, regăsindu-se în 100 de genograme)
3. **Prezenţa inversiunii de rol-sex la trei generaţii** (acest tip de comportament se regăseşte în proporţie de 85%, regăsindu-se în 170 de genograme)
4. **Prezenţa separării în trei generaţii (divorţ, deces)** (acest tip de comportament se regăseşte în proporţie de 30%, regăsindu-se în 60 de genograme)
5. **Relaţii multiple** (acest tip de comportament se regăseşte în proporţie de 30%, regăsindu-se în 60 de genograme)

Scenariile şi relaţiile-capcană de tipul celor întâlnite în familia toxicomanului fac parte din exerciţiul iluziei relaţionale cu care ne întâlnim zilnic.

După cum am văzut există diferite curente terapeutice care abordează acest tip de relaţii, unele mai la suprafaţă altele mai în profunzime. Fiecare dintre aceste curente au adus o anumită lumină asupra surprinderii capcanelor relaţionale, de aceea nu putem spune că unele sunt mai bune decât altele. În abordarea lor este important să se ţină cont atât de întemeierea lor la nivel inconştient cât şi de manifestarea lor cotidiană.

Este foarte dificil să abordezi un scenariu-capcană şi relaţiile pe care acesta le implică atunci când avem de-a face cu o logică a propriului destin. Există persoane pentru care sensul inconştient al vieţii este acela de a fi victimă, salvator sau ţap ispăşitor. Poate fi vorba despre roluri moştenite, roluri în legătură cu care interpretul nu este conştient. Inconştientul familial are un rol incontestabil în transmisia acestor roluri. În urma construirii unei dramagenograme familiale putem descoperi vocaţia de victimă a femeilor din familia X sau tendinţa către eşec a copiilor din familia Y. Aşadar, în abordarea unui scenariu-capcană este foarte important să ţinem cont de fenomene ce ţin de inconştientul familial. Este surprinzător să descoperi ce loc important poate ocupa în sistemul familial o persoană dispărută cu mult timp în urmă. Îţi dai seama că această persoană este una dintre cele care au participat la scrierea scenariului-capcană la care participă pacientul. Numai conştientizarea locului şi rolului pe care îl ocupă această persoană în sistemul familial poate permite rescrierea scenariului.

Nu este de ajuns ca un scenariu-capcană să fie transmis inconştient. Este necesar ca el să fie confirmat. Dacă o persoană nu este confirmată într-un rol care este integrat Este necesar ca el să fie confirmat. Dacă o persoană nu este confirmată într-un rol care este integrat unui anumit scenariu, atunci ea se poate autoexclude din acest scenariu. Aşadar, pentru ca un scenariu-capcană să se manifeste este necesară confirmarea lui.

Alte dificultăţi în rescrierea scenariului familial în spaţiul terapeutic pot veni din partea terapeutului care îşi aduce şi el propria iluzie relaţională în cabinet. Cu cât terapeutul este mai puţin conştient de relaţiile-capcană în care, la rândul lui, este prins, cu atât mai mult posibilitatea ca el să le reproducă în cabinet este mai mare.

Experienţa terapeutică a Marei Selvini Palazzoli cu familiile de psihotici a demonstrat că jocurile relaţionale întâlnite în aceste familii pot fi observate şi în familiile considerate normale din punct de vedere patologic de unde rezultă că în „domeniul" iluziei relaţionale graniţa între normal şi patologic este foarte şubredă.

Dincolo de terapeuţi şi de terapii, familia şi societatea trebuie să aibă în vedere că toxicomanul nu este nicidecum o „problemă" care poate fi aruncată, o vreme, în „grădina" vreunui medic sau a unui terapeut. Parafrazându-l pe Witaker putem spune că au fost necesare generaţii întregi pentru a crea un toxicoman într-o familie.

Bibliografie

1. ABRAHAM, NICOLAS, TOROK, MARIA, *L'Écorce et le noyau*, Flammarion, 1987
2. ACKERMANS, ALAIN, ANDOLFI, MAURIZIO, *La création du système thérapeutique*, ESF, Paris, 1987
3. Anonyme, *L'herbe bleue*, journal d'une jeune fille de 15 ans-Presses de la cité, 1972

4. BARBAULT, ANDRÉ, *De la Psychanalyse a L'astrologie*, Édition Du Seuil, 1961
5. BECVAR, D. S., BECVAR, R. J., *Family Therapy. A systemic integration*, Boston, Allyn & Bacon, 1996
6. BERNEA ERNEST, *Spaţiu, timp şi cauzalitate*, Humanitas, 2005
7. BRÜNDL, PETER, KOGAN, *Ilany-Copilăria dincolo de traumă şi străinătate*, EFG, 2006
8. BURBATTI, GUIDO L., *Formenti Laura-The Milan Approach to Family Therapy*, Jason Aronson, 1988
9. CICCONE, ALBERT, *La transmission psychique inconsciente*, Dunod , Paris, 1999
10. CICCONE, ALBERT, *L'observation clinique*, Dunod; Paris, 1998
11. CICCONE, ALBERT, MARC LHOPITAL, *Naissance a la vie psychique*, Dunod, Paris, 2001
12. COTTRAUX, JEAN, *La repetition des scenarios de vie*, Odile Jacob, 2003
13. DECHERF, GERARD, *Crises familiales: violence et reconstruction*, In Press Édition, 2005
14. DECHERF, GERARD, *Souffrances Dans la famille*, In Press Édition, 2003
15. DEVROEDE, GHISLAIN, *Ce que les maux de ventre disent de notre passé*, Payot, 2003
16. EIGUER, A., CAREL, A., FUSTIER, ANDRE, F., AUBERTEL, F., CICCONE, A., KAËS, *Le Générationnel*, Dunod, Paris, 1997
17. EIGUER, ALBERTO, GRANJON EVELYN, LONCAN, ANNE, *La part des ancetres, Dunod*, Paris, 2006
18. ELIADE, MIRCEA, *Eseuri*, Ed. Ştiinţifică, Bucureşti, 1991
19. ELKAIM, MONY, *La therapie familiale en changement*, Synthelabo, 1999
20. FREUD, SIGMUND, „Doliu şi melancolie", în *Opere* 3, Ed. Trei, 2000
21. GHINOIU, ION, *Sărbători şi obiceiuri româneşti*, Ed. Elion, 2007
22. HELLINGER, BERT, HOVEL, GABRIELE, *Constellations familiales*, Les Souffle d'Or, 2001
23. GROF, STANISLAV, *Psihologia viitorului. Lecţii din cercetarea modernă asupra conştiinţei*, Elena Francisc Publishing, 2005
24. *Grof, Stanislav, Cosmic Game: Explorations of the Frontiers of Human Consciousness*, Albany: States University of New York Press,1998
25. GROF, STANISLAV, *Holotropic Mind*. San Francisco: Harper Publications (with bennett, H.Z.), 1992
26. IONESCU, ŞERBAN, JACQUET, MARIE-MADELAINE, LHOTE CLAUDE, *Mecanismele de apărare*, Ed. Polirom, 2007
27. HANUS, MICHEL, *Les Deuil dans La Vie*, Édition Maloine, 2006
28. HARGOUS, SABINE, *Les appeleurs d'âmes*, Albin Michel, Paris, 1985
29. HOROWITZ, ELISABETH, *Les fantomes du passe. Comment les deuils familiaux influencent notre vie*, Edition Dervy, Paris, 2005
30. JUNG, C. G., *The Archetype and the Collective Unconsciuos*. Collected Works, vol. 8, Bollingen Series XX, Princeton: Princeton University Press, 1959
31. JUNG, C. G., *Syncronicity: An Acausal Connecting Principle*, Collected Works, vol. 8, Bollingen Series XX, Princeton: Princeton University Press, 1960
32. JOUBERT, CHRISTIANE, *Des Ancetres Insuffisament Bons/Etude du mythe familial a travers la technique de la therapie psychanalitique du groupe famille*, These pour le Doctorat de psychologie, Grenoble, 1992
33. KLEIN, MELANIE, *Envy and gratitude and other works (1946–1963)*, The Hoghart Press and The Institute of Psychoanalysis, London 1975
34. KLEIN, MELANIE, JOAN RIVIERE, *L'amour et la haine*, Payot, 2001
35. KOGAN, ILANY, „Ascultând strigătul copiilor muţi", în volumul *Copiii-Război şi Persecuţie* (Lucrările Congresului Hamburg, Septembrie 26–29, 1993), EFG, 2001
36. KUNDERA, MILAN, *La vie est ailleurs*, Gallimard, 1973
37. LEBOVICI, SERGE, *Arborele Vieţii, Elemente de psihopatologia bebeluşului*, EFG, 2006

38. MANZANO, J., ESPASA PALACIO, ZILKHA, N., *Scenariile narcisice ale parentalității*, EFG, 2002
39. MARINOV, VLADIMIR, McDOUGALL, JOYCE, BRELET-FOULARD, FRANÇOISE, NOAILLE, PIERRE, PEDRO, MENDES, FRANCISCO, ANTONIO, JACQUET, MARIE-MADELEINE, RIGAUD, ALAIN, *Anorexie, adicții și fragilități narcisice*, Ed. Trei, 2005
40. McGOLDRICK, MONICA, GERSON RANDY, *Genogrammes et entretien familial*, ESF, Paris, 1990
41. McALL, KENNETH, *Dr. Vindecarea arborelui genealogic*, Ed. Harisma, București, 1993
42. MITROFAN, IOLANDA, STOICA, CRISTINA, DENISA, *Umbra ca vehicul transgenerațional*, Revista de Psihoterapie Experiențială, nr. 22, SPER, București, 2004
43. MITROFAN, IOLANDA, VASILE, DIANA, *Terapii de familie*, Ed. SPER, București, 2001
44. MITROFAN IOLANDA, CIUPERCĂ C., *Psihologia vieții de cuplu, între iluzie și realitate*, Editura sper, 2002
45. MITROFAN, IOLANDA, *Terapia Unificării*, Abordare Holistică a Dezvoltării și Transformării Umane, Ed. SPER, București, 2004
46. MITROFAN, IOLANDA, STOICA, CRISTINA, DENISA, *Genograma ca suport de analiză în Terapia Unificării*, Revista de Psihoterapie Experiențială, nr.28-29, 2005
47. MITROFAN, IOLANDA, STOICA, CRISTINA, DENISA, *Analiza transgenerațională in T.U.*, O noua abordare experiențială a familiei – Iolanda Mitrofan, colecția Anim, Ed. SPER , Bucuresti, 2005
48. MITROFAN, IOLANDA (coord.), *Terapia Toxicodependenței. Posibilități și Limite*, Ed. SPER, 2003
49. MOLES, ABRAHAM, A., ROHMER, ELISABETH, *Psychologie de L'espace*, Casterman, 1978
50. MONROY, MICHEL, *Scènes mythes et logique*, ESF, 1989
51. MUCCHIELLI, ALEX, *Dicționar al metodelor calitative in științele umane și sociale*, Polirom, 2002
52. NEUBURGER, ROBERT, *Le mythe familial*, ESF, Paris, 1989
53. NEUBURGER, ROBERT, *L'irrationel dans le couple et la famille*, ESF, Paris, 1988
54. OBISSIER, PATRICK, *Decodage biologique et destin familial*, Le souffle d'or, 2003
55. POROT, ANTOINE, POROT, MAURICE, *Toxicomaniile*, Ed. Științifică, 1999
56. POTSCHKA-LANG, CONSTANZE, *Constellations familiales: guerir le transgenerationel*, Le Souffle d'Or, 2001
57. PRIEUR, BERNARD, *L'anorexique, le toxicomane et leur famille*, ESF,Paris, 1989
58. RASCANU, RUXANDRA, ZIVARI, MIRELA, *Psihologie și Psihopatologie în Dependența de drog*, Ed. Ars Docendi, 2002
59. RIALLAND, CHANTAL, Cette famille qui vit en nous, Editions Robert Laffont, Paris, 1994
60. RIEMANN, FRITZ, *Astrologie și Psihoterapie*, Ed. Trei, 2008
61. SCHÜTZENBERGER, ANCELIN, ANNE, *Aïe, mes aïeux !*, La Meridienne, Desclee de Brouwer, Paris, 1993
62. SELVINI PALAZZOLI, M., BOSCOLO, L., PRATA G., *Paradoxe et Contre-paradoxe*, ESF, 1980
63. SEYWERT, FERNAND, *L'evaluation systemique de la famille*, PUF, Paris, 1990
64. STOICA, CRISTINA, DENISA, *Relații-capcană în familia toxicomanului*, Ed. SPER, București, 2002
65. STOICA CRISTINA DENISA, *Presiunea schimbării și comunicarea paradoxală in familia toxicomanului*, Revista de Psihoterapie Experiențială, Ediție Specială, 2002
66. STOICA, CRISTINA, DENISA, *Loialitatea de cuplu. Riscuri in cuplurile cu partener toxicoman*, Revista de psihoterapie experiențială, nr. 20 015021, 2003

67. SUIOGAN, DELIA, *Simbolica riturilor de trecere*, Paidea, 2006
68. TALBOT M., *The Holographic Universe*. New York: Harper Collins Publishers, 1991
69. TEACHWORTH, ANNE, *Comment trouver l'ame soeur et la garder*, PBP, Paris, 2006
70. TISSERON, SERGE, *Nos secrets de famille*, Ramsay, Paris, 1999
71. TISSERON, SERGE, *La honte, la psychanalyse d'un lien social*, Dunod, Paris, 1992
72. TISSERON, SERGE, TOROK, MARIA, RAND, NICOLAS, NACHIN, C., HACHET, P., *Le psychisme à l'épreuve des generations* (Clinique du fantôme), Dunod, Paris, 1995
73. TRUNGPA, CHÖGYAM, *Mitul Libertăţii şi Calea Meditaţiei*, Ed. Irecson, 2006
74. WATZLAWICK, P., BEAVIN HELMICK J., JACKSON DON D., *Une logique de la communication*, Editions du Seuil, 1972
75. WATZLAWICK, P., WEAKLAND J., FISH, R., *Changements-paradoxes et psychotherapie*, Editions du Seuil, 1975
76. WATZLAWICK, P., *La realité de la realité*, Editions du Seuil, 1976
77. WINNICOT, D., W., *Joc şi realitate*, Ed. Trei, 2006
78. WITAKER, CARL, *Les rêveries d'un thérapeute familial*, ESF, Paris, 1998
79. ZORIN, K. V., *Păcatele Părinţilor şi Bolile Copiilor*, Ed. Sophia, Cartea Ortodoxă, 2007
80. Measures for clinical practice, A sourcebook, Couples, Families, Children, vol. 1, The Free Pres, 1994
81. Les metamorphoses familiales – Le divan familiale, Revues de therapies familiale psychanalitique nr. 14, In Press Édition, 2005
82. Le deracinement – Le divan familiale, Revues de therapies familiale psychanalitique, nr. 2, In Press Édition, 1999
83. Toxicomanies et thérapie familiales, Cahiers Critique de Thérapie Familiales et de pratique de reseaux
84. Motivational Enhacement Therapy Manual (A clinical research manual for Therapist Treating Individuals With Alcohol Abuse and Dependence), vol. 2, U.S. Department of Health and Human Services, 1995

Studiul 2

Relaţia dintre disponibilitatea afectivă maternă, complicaţiile la naştere şi dezvoltarea emoţională a copilului mic

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autor:
lector univ. dr. ALIN CRISTINEL COTIGĂ

ARGUMENT

Începutul anilor '80 a fost unul dintre momentele de cotitură în ceea ce privește extinderea domeniului psihologiei copilului. Scrierile lui Thomas Verny, Stanislav Grof, Frank Lake sau Antony DeCasper au adus o nouă lumină în ceea ce se credea a fi înainte domeniul prenatalității, dovedind faptul că acest domeniu poartă o psihologie aparte, în care fătul este capabil de memorie și conștiință.

Deși lumea științifică de atunci își manifesta reticența pentru astfel de interpretări, considerând faptul că însuși creierul fătului nu este suficient de dezvoltat pentru a înmagazina informații, noi și noi descoperiri despre faptul că fătul este o ființă „psihologică" surveneau pe două căi aparent distincte. Dovezi din ce în ce mai evidente din practica hipnotică sau din practica psihoterapiei holotropice, în care individul regresa până la stadii din ce în ce mai profunde ale psihicului, erau amplificate de cercetări în domeniul psihologiei copilului mic și al psihologiei experimentale, unde se ajungea adesea la concluzia că la naștere un copil este o ființă complexă, cu o psihologie clară. Astfel, era scos în evidență nebănuitul mister al prenatalității și se aprindea o lumină într-o negură a unui domeniu în care existau doar presupuneri, ipoteze sau voci care nu erau luate în considerare.

Unul din punctele de mare intensitate a fost prezentarea de către David Chamberlain, în cadrul Conferinței Internaționale de Medicină și Psihologie Prenatală și Perinatală, desfășurată la San Francisco din 1995, a comportamentului unui făt în timpul efectuării testului amniocentezei. Fătul, observat cu ajutorul aparatului ecograf, prezenta o realitate absolut inedită pentru acea perioadă, în sensul că acesta se retrăgea din calea acului, chiar și la efectuarea unei a doua testări.Acesta, alături de alte momente de intensă căutare într-un univers atât de nou, au fost impulsuri formidabile pentru intensificarea cercetărilor, conturând ceea ce astăzi se numește domeniul psihologiei prenatale.

Nu trebuie uitat însă faptul că acest univers nu există *per se*, ci este ancorat adânc în psihologia gravidei, a viitoarei mame și a „femeii" care se găsește în ea. Prin urmare, mai tot ceea ce se petrece în timpul procesului de ontogeneză are legătură cu psihologia mamei, cu mediul în care aceasta trăiește, cu alimentația sa și cu stările ei emoționale. Candace Pert, descoperitoarea neuropeptidelor, a fost cea care într-un mod științific a observat complexitatea umană din perspectiva unui sistem, în care fiziologicul, mentalul și emoționalul se întrepătrund mai mult decât s-ar fi crezut vreodată, astfel că starea mamei, modul în care ea se alimentează, mediul în care trăiește în cele nouă luni de sarcină, contribuie fundamental la dezvoltarea psiho-fiziologică a fătului.

Mai mult decât atât, faptul dacă mama este mai mult sau mai puțin atașată de copil are un rol esențial în dezvoltarea emoționalității acestuia, a atitudinii față de viață și a diferitelor tipuri de tulburări tangențiale sau conexe sferei psihiatrice. Există așadar, destul de multe voci care pun depresia, tulburarea de personalitate borderline sau chiar o anumită

aversiune faţă de mediu cu conotaţii ce merg de multe ori în sfera patologică a violenţei, pe seama experienţelor pe care le trăieşte embrionul şi apoi fătul în cele nouă luni de sarcină.

De asemenea, P. W. Nathanielsz aduce argumente importante în favoarea tezei conform căreia programarea sănătăţii întregii vieţi este făcută de către condiţiile din uter, experienţa prenatală constituindu-se ca bază în predispoziţia pentru anumite boli cum ar fi diabetul, infarctul sau obezitatea. Aceste ultime argumente sunt un important considerent al perioadei prenatale, care este luată din ce în ce mai în serios în ultimul deceniu, dar este şi un ecou ce devine din ce în ce mai răsunător în considerarea mediului ca factor de influenţă la fel de important ca şi geneticul.

Astfel, cercetările lui Bruce Lipton în domeniul nou conturat al epigeneticii, vin să confirme acest lucru, considerându-l factor cu implicaţii directe pentru reprogramarea genetică. Susţinători ai acestor idei, ne propunem ca prin lucrarea de faţă să completăm ceea ce se cunoaşte până acum în acest domeniu. Luând în serios rolul mediului în perioada prenatală, considerăm necesar să îl raportăm prin prisma fătului, astfel că, dacă o mare parte din mediu este reprezentat de către uter, atunci stările emoţionale ale mamei reprezintă un aspect esenţial al acestui mediu. Faptul că mama îşi acceptă sau îşi respinge copilul – conştient sau inconştient – conduce la trăirea unor stări emoţionale cu directe implicaţii asupra fătului, influenţându-l în multe din aspectele sale. El „ştie" că este dorit sau nu, iar acest fapt îi influenţează în mod direct propria emoţionalitate, relaţia viitoare cu mama, ataşamentul, propriul mod de a fi in viaţă. Aşa cum afirma Thomas Verny, „există o diferenţă dacă suntem concepuţi cu dragoste, cu ură sau în grabă" cum există o diferenţă considerabilă dacă mama este mai mult sau mai puţin ataşată de făt, dacă este disponibilă pentru el încă din timpul sarcinii. Prin urmare, modul cum mama interacţionează cu fătul emoţional, mental şi fiziologic se constituie într-un fel de experienţă ce rămâne întipărită în memoria afectivă a acestuia şi structurează modalităţile evolutive neuronale şi fiziologice viitoare.

Categoric disponibilitatea afectivă maternă este componenta psihologică centrală în relaţionarea cu fătul şi apoi cu copilul abia născut. Ea are pe lângă o componentă obiectivă ce ţine de relaţionarea cu soţul sau de mediul în care trăieşte şi o componentă subiectivă, de cele mai multe ori inconştientă, cu rădăcini care par să străpungă în jos genealogia familiei, pe componenta ei maternă. Însă, dincolo de aceste lucruri care dovedesc încă dificil de cuantificat, de obiectivat în termeni statistici, ne-a interesat să observăm în ce măsură există o punte de legătură între disponibilitatea afectivă maternă şi emoţionalitatea copilului în primii ani de viaţă.

Desigur că există cercetări care s-au făcut remarcate pentru confirmarea acestor ipoteze, iar lucrarea de faţă se înscrie şi ea pe această linie, însă işi propune să facă mai mult decât atât, în sensul observării într-un mod cât se poate de obiectiv al evoluţiei dispobilităţii afective pre şi post partum. Astfel, ea işi pune problema unui proces psihologic care se află prezent înainte de naştere şi care se presupune că influenţează problematica naşterii şi dezvoltarea emoţionalităţii copilului, elemente care fac parte din domeniul psihologiei prenatale, un domeniu nou care în ţara nostră nu este prea bine cunoscut, Anca Munteanu fiind printre singurele figuri importante ale mediului academic care a atras atenţia asupra importanţei psihologice a perioadei prenatale.

Autorul

CAPITOLUL I:
Delimitarea conceptului de „disponibilitate afectivă maternă"

1. Teorii clasice ale relaţiei dintre mamă şi copil
1.1. Funcţia maternă în termenii lui D. W. Winnicott

Donald Winnicott a fost unul din puţinii psihanalişti care a încercat, contrar teoriei de bază, să găsească o explicaţie a anumitor boli psihice, în relaţia timpurie dintre mamă şi copil. Mai precis, cercetările sale au atras atenţia asupra stadiului de început ale evoluţiei, pregenital, acolo unde relaţia dintre mamă şi noul născut constituie un fundament de luat în considerare atunci când se vorbeşte despre bolile psihice.

Îngrijirea maternă, care începe imediat după naştere, este pusă în acord cu crearea unui Eu solid al copilului, care are la bază sentimentul securităţii, astfel că eşecul în acest plan el îl cataloghează ca un „eşec" în devoltarea armonioasă a Eului copilului. Lipsa de îngrijire sau acea îngrijire discontinuă duce la formarea la nivelul psihicului copilului a unui sentiment de discontinuitate ce „poate fi asociat cu suferinţa de calitate şi intensitate psihotică" (Winnicott D., 2004, p. 64).

Însă îngrijirea maternă este nu doar o abilitate ce se dobândeşte odată cu naşterea, ci se construieşte prin identificare proiectivă cu copilul încă de când acesta se află în uter. Mama începe să cunoască cumva aprioric nevoile acestuia şi să răspundă adecvat la ele. Această identificare proiectivă se continuă şi după naştere, până în momentul în care copilul oferă semnale referitoare la autonomie şi, consecutiv, la o oarecare dependenţă relativă ce evoluează către independenţă. Autorul este de părere că ţinerea în braţe a bebeluşului constituie unul din semnele unei îngrijiri materne, deoarece „aceasta este baza tuturor celorlalte aspecte mai complexe ale susţinerii şi furnizării unui mediu în general" (Winnicott D., 2004, p. 66), iar implicarea cu plăcere în a oferi bebeluşului ceea ce corespunde nevoilor sale este un alt tip de semnal că îngrijirea maternă este una optimă.

Deşi pare paradoxal, D. Winnicott, descriind disponibilitatea afectivă maternă, foloseşte termenul de mama care posedă o *„boală normală"*, adică o femeie care devine capabilă de „o preocupare faţă de propriul ei copil, până la excluderea altor interese în felul în care este normal şi temporal" (Winnicott D., 2005, p. 390). „Abandonarea în boală" este acestă implicare totală a mamei, care renunţă la propriile nevoi fizice şi emoţionale, întrucât centrul ei de interes este acum copilul. Totul este investit în copil, iar nevoile lui reprezintă o prioritate, în sensul unei abandonări a propriei persoane, care este incapabilă să mai răspundă prompt la necesităţile sale, însă în felul în care acest comportament nu depăşeşte graniţele normalităţii. Desigur, el

exclude din start acele comportamente care pot purta într-un sens sau altul o anumită patologie, de genul unui abandonări totale, prin care mama se detaşează total, permanent de ceea ce reprezintă ea ca fiinţă.

Totuşi, D. Winnicott face o precizare esenţială în descrierea acestui concept. Aceasta „abandonare în boală a mamei" nu este o caracteristică care să dureze toată viaţa, ea este normală numai dacă este şi temporară, adică are o anumită limitare în timp. Deşi nu oferă foarte multe informaţii în acest, sens el susţine că acest proces începe înainte de naştere şi continuă după naştere o perioadă de timp. Înainte de naştere mama este capabilă să se abandoneze nevoilor copilului în sensul unei îngrijiri personale pentru sănătatea şi bunăstarea propriului făt.

Desigur, există şi excepţii de la regulă. Mamele care nu mai sunt la primul copil nu se mai simt capabile să tolereze acest „abandon", deşi rămân în continuare tributare grijilor copilului, însă probabil că nu o mai fac cu aceeaşi intensitate. Acest lucru se datorează unei obişnuinţe emoţionale, faptului că a mai avut o sarcină care i-a oferit încredere în ea, creând pe de altă parte cadrul unei reîntoarceri la propria persoană. Există şi femei care fac o puternică identificare masculină şi care percep „această parte a funcţiei materne ca fiind cea mai dificilă", iar acest fapt produce o neadaptare suficientă la nevoile propriului copil. Opinia lui D. Winnicott este că astfel de femei funcţionează într-un fel de decalaj, întrucât mama este forţată, în contextul social în care trăieşte, să recupereze, pentru a se adapta cât mai bine posibil nevoilor copilului ei în creştere şi cerinţelor socialului.

Mai mult decât atât, el introduce şi conceptul de *„mamă îndeajuns de bună"*, prin care explică acel acord emoţional al unei mame faţă de copilul său, acord care are loc atât la nivelul conştientului, cât şi al inconştientului. Este acea mamă care se adaptează comportamentelor copilului în funcţie de intervalele de vârstă ale acestuia, oferindu-i, pe lângă această conexiune, un sens al controlului şi oportunitatea de a creşte şi a se dezvolta în conformitate cu propria individualitate. În termeni simpli, D. Winicott spune că acest lucru s-ar traduce prin „a fi acolo pentru copil". Această prezenţă se referă la a răspunde la gesturile copilului, a-i oferi protecţie împotriva anxietăţii primare care-i ameninţă Eul în formare şi care se află în faza de dependenţă absolută, permiţându-i aşadar copilului să-şi manifeste ceea ce Winnicott denumeşte „iluzia omnipotenţei". Mama este „prezentă" întrucât se află în acord emoţional cu propriul copil, răspunzând şi fiind iniţiatoare în această relaţie care ajută copilul să se dezvolte autonom.

Din acest motiv, această „mamă îndeajuns de bună" deşi la început este adaptată complet copilului de lângă ea, odată ce el creşte, se adaptează din ce în ce mai puţin complet, făcând astfel loc abilităţii copilului de a se dezvolta autonom, în conformitate cu capacităţile sale, cu ceea ce simte şi experimentează. Prin urmare această „mamă îndeajuns de bună" se găseşte în contrast evident cu ceea ce socialmente se înţelege prin „mamă perfectă", care îi satisface nevoile copilului imediat şi permanent, oferindu-i acestuia puţine şanse în a se dezvolta într-o personalitate autonomă. Este interesant faptul că D. Winnicott este de părere că „o mamă îndeajuns de bună" lasă instinctiv o perioadă de timp între cerinţa copilului şi satisfacerea acesteia, astfel că, datorită acestui fapt, odată cu trecerea timpului copilul învaţă să-şi consolideze Eul, adică să fie mult mai adaptat în sensul freudian al termenului, ţinând seama atât de nevoile Eului, cât şi de tensiunile instinctuale ce se cer a fi satisfăcute.

Se creează aşadar posibilitatea adaptării optime a copilului la realitatea exterioară. Răspunzând din ce în ce mai greu la solicitările copilului, şi uneori doar la cele care sunt importante, mama îl determină pe acesta să confrunte realitatea dincolo de relaţia dintre ei, astfel că acea nondiferenţiere dintre el şi mamă, devine cu timpul o clară diferenţiere a Eului, care începe să-şi integreze ideea de persoană separată ce caută să supravieţuiască şi să se adapteze. Se trece astfel de la dependenţă la independenţă, de la iluzia omnipotenţei la conştientizarea limitelor, de la dezorganizare la organizare. Copilul realizează atunci că mama nu este nici bună, nici rea, ci o fiinţa separată şi independentă care are propriile nevoi. Acest fapt îl ajută să îşi dezvolte Eul, să îl întărească prin achiziţii personale care nu au nicio legătură cu mama, întrucât el este capabil de a experimenta singur şi de a afla care îi sunt limitele în relaţie cu mediul. El poate astfel, ca adult, să susţină relaţii adaptate, în care se poate delimita de ceilalţi fără a crea dependenţe care să îi satisfacă subsidiar nevoi primare insuficient satisfăcute în mica copilărie, ce au fost neglijate deliberat sau, dimpotrivă, inconştient de propria mamă, care la rândul ei s-a situat ori la un pol ori la celălalt în acestă relaţie.

1.2. J. Bowlby, M. Ainsworth şi dezvoltarea conceptului de ataşament

Luând în considerare cercetări făcute în domeniul etologiei, John Bowlby a fost primul care a introdus în psihologie termenul de *ataşament*, identificând existenţa unei predispoziţii înnăscute a indivizilor în a forma legături intime cu alţi indivizi şi văzând în acest lucru „o componentă de bază a naturii umane" (Bowlby J., 1969).

Astfel, a propus teoria ataşamentului pentru a explica relaţia emoţională care se formează între copii şi părinţi – în special între copil şi mamă – şi, mai mult decât atât, pentru a arăta de ce copiii suferă atât fizic, cât şi psihologic atunci când sunt separaţi de mamele lor.

J. Bowlby a fost unul dintre cei care au considerat relaţia între copil şi mamă nu doar dintr-o perspectivă de satisfacere a nevoilor fizice (hrană, îngrijire, confort), ci şi dintr-o perspectiva psihologică mult mai complexă, în care copilul, şi mai ales noul născut, are nevoie de apropiere fizică şi emoţională care să-i ofere securitate şi să-i satisfacă nevoi psihologice primare, aproape instinctuale.

În teoria sa J. Bowlby pleacă de la descoperirile etologiei. El dă denumirea de ataşament comportamentelor umane care în plan animal poartă numele de *imprinting*, prin care la diferite specii de animale, de la maimuţă la câine şi raţă, puii caută compania primului obiect cu care se întâlneşte după naştere. Modelul pe care îl propune autorul este unul al interacţiunii dinamice. Echipamentul înnascut al copilului este completat şi se dezvoltă în decursul interacţiunii sale cu mediul, în particular cu figura maternă. Stimulii copilului îi declanşează comportamente mamei, care la rândul ei, prin răspunsurile sale, îi cresc ataşamentul copilului. Acest cuplu mamă-copil se inter-influenţează, ţinându-se într-o balanţă dinamică, dezvoltând noi comportamente şi susţinând comportamente împreună.

J. Bowlby distinge patru faze ale dezvoltării comportamentului de ataşament:

– orientarea copilului şi oferirea de semnale către o figură, fără a o putea discrimina;

– orientarea copilului şi oferirea de semnale către una sau mai multe figuri pe care le percepe distinct;
– menţinerea proximitătii faţă de o figură pe care o percepe distinct, prin comportamente locomotorii şi prin semnale vizuale;
– formarea unei relaţii de reciprocitate.

Faza 1. Orientarea copilului şi oferirea de semnale către o figură, fără a o putea discrimina

Aceasta fază începe în primele saptămâni, când copilul, deşi nu are capacitatea de a discrimina figurile personale, are comportamente specifice ce îl determină să se orienteze, cum ar fi căutarea privirii, zâmbetul, prinderea, plânsul atunci când aude o voce sau pur şi simplu când vede o figură. Acest tip de comportamente nu sunt altceva decât tipare înăscute, prin care copilul caută şi îşi dezvoltă ataşamentul.

În fapt J. Bowlby este de părere că aceste tipare sunt activate la rândul lor de stimuli ce au o anumită intensitate. Autorul teoriei ataşamentului consideră că, fiind o înclinaţie înăscută, aceste comportamente ale copilului de a se orienta după persoane sau obiecte care sunt în mişcare, constituie un lucru important în urmărirea expresiei feţei unei persoane. De asemenea, există o înclinaţie înăscută în a-şi apropia persoanele familiale şi a le îndepărta pe cele necunoscute.

Alături de aceste tipare înnăscute ale copilului, se adaugă răspunsurile pe care acesta le primeşte de la figura maternă ca urmare a solicitărior sale, mama fiind ea însăşi predispusă să vină în întâmpinarea gesturilor propriului copil, astfel că, cu cât este mai accentuată tendinţa de a se apropia de copil şi a-i răspunde adecvat, cu atât acest comportament îi va întări acestuia tendinţa de a o căuta şi a o observa.

Faza 2. Orientarea copilului şi oferirea de semnale către una sau mai multe figuri pe care le perpepe distinct

În această fază copilul se comportă în mod aproape similar ca în prima fază, cu precizarea că mai toate comportamentele sale sunt orientate mai mult către mamă. Chiar unele din comportamentele sale încep să se diferenţieze, astfel încât va plânge diferit atunci când se desparte de mamă decât atunci când se desparte de altă persoana, râde diferit sau vocalizează diferit, are o postură diferită atunci când este în contact cu mama sa.

Faza 3. Menţinerea proximităţii prin comportamente locomotorii şi prin semnale faţă de o figură pe care o percepe distinct

Copilul manifestă comportamente cum ar fi cel de urmărire, agăţare, explorare a mamei, preferând-o altor persoane. Aici apare acea bază ce satisface nevoia de securitate a copilului. Este faza în care comportamentul copilului devine organizat şi îndreptat spre un scop precis. Tot aici poate fi observată îndeaproape dinamica echilibrului dintre comportamentele copilului de căutare a apropierii de mamă şi comportamentele ce se situează în antiteză cu acestea.

Faza 4. Formarea unei relaţii de reciprocitate

Copilul în acest stadiu încearcă să intervină pentru a o face pe mamă din ce în ce mai prezentă în relaţie, prin anumite modalităţi persuasive specifice vârstei sau pur şi

simplu prin cereri. Dacă înainte copilul oferea semnale şi mama era responsabilă pentru răspunsul la semnale, în această fază, pe care J. Bowlby o situează în jurul vârstei de 4 ani, copilul este cel care caută proximitatea şi este responsabil de ea. Acest fapt se datorează capacităţii copilului de la această vârstă de a diferenţia figurile şi de a face anumite judecăţi, astfel că manifestarea ataşamentului devine un comportament complex, organizat, uneori planificat.

Ataşametul, ca şi comportament, este prezent de-a lungul întregii vieţi. El se menţine în legătură cu anumite figuri din copilăria timpurie, însă pe durata vieţii se mai adaugă şi alte figuri. Dar ceea ce este perceput ca nou, mai târziu în viaţă, este modalitatea prin care se dezvoltă ulterior ataşamentul. Experienţele din mica copilărie, modul cum copilul percepe intenţiile şi preocupările celeilalte persoane şi felul în care se raportează la ele, aducându-le în armonie cu ale sale, toate acestea vor influenţa succesul în menţinerea apropierii şi comunicării cu noile figuri.

J. Bowlby susţinea punctul de vedere conform căruia copilul are o capacitate înnăscută de a se ataşa la început de o singură figură, care este de obicei mama. La rândul ei mama are o anumită predispoziţie naturală ce o determină să fie foarte atentă şi disponibilă la stimulii pe care-i emite propriul copil. Însă, J. Bowlby afirmă că, în condiţiile în care intensitatea comportamentelor este scăzută, copilul poate căuta interacţiunea cu tatăl sau cu unul din colegii de joacă. Mai mult decât atât, chiar unele obiecte neînsufleţite pot deveni obiecte de ataşament, deoarece, chiar dacă nu răspund solicitărilor copilului, el este într-un fel „disponibil către", este prezent pentru recepţionarea acelor tipare înăscute de căutare a ataşamentului.

Odată cu creşterea, copilul ajunge să-şi dezvolte reprezentări interne asupra persoanelor importante din jurul său şi a pattern-urilor specifice de ataşament şi de relaţionare cu acestea. Ceea ce doreşte J. Bowlby să exprime este că modelele de ataşament intipărite timpuriu la nivelul psihicului copilului au o puternică influenţă asupra personalităţii acestuia în gestionarea pe mai departe a viitoarelor relaţii de ataşament.

Desigur, pentru psihologie nu era ceva foarte nou. Cu câtva timp în urmă, Freud vorbea despre relaţia de transfer ce se stabilizează după un numit timp în cadrul curei psihanalitice, relaţie care nu este altceva decât o reproducere a relaţiei de ataşament a copilului faţă de unul din cei doi părinţi. Numai că trasferul psihanalitic nu se reduce doar la reproducerea acelei relaţii emoţionale pozitive între copil şi părinţi, ci are în vedere toate aspectele emoţionale, care pot fi atât pozitive, cât şi negative, fiind menţinute în cadrul memoriei emoţionale de către copil în relaţia cu unul sau cu altul din părinţi.

Teoria ataşamentului a fost dezvoltată cu aportul considerabil a lui Mary Ainsworth, care a efectuat timp de un an observaţii asupra modalităţilor de răspuns ale mamei la copil în diferite situaţii, cum ar fi atunci când îl hrăneşte, când plânge, când se stabileşte un contact vizual între cei doi.

Pe lângă faptul ca a pus în evidenţă impresionanta realitate a complexei relaţii dintre mamă şi copil, M. Ainsworth a shimbat percepţia asupra a ceea ce se ştia în domeniul psihologiei dezvoltării şi care până atunci se fundamenta pe conceptele lui Piaget. Mai mult, ea a schimbat radical percepţia asupra atitudinii mamei în relaţia cu propriul copil, care era influeţată de teoria behavioristă, teorie care se opunea acordării de atenţie copilului atunci când acesta plânge, tocmai pentru simplul motiv că acest stimul ar întări comportamentul de plâns.

Premisa centrală a teoriei lui M. Ainsworth este că „o mamă promptă, prezentă în relația cu copilul, oferă acestuia o bază sigură" (apud. Karen R., 1990). Aceasta *„bază"* crează un sentiment de stabilitate și securitate copilului, care va fi capabil de explorare optimă a mediului și de o dezvoltare psihică optimă, ce se finalizează prin achiziția autonomiei. Ea definește atașamentul ca „o legătură afectivă prin care o persoană (sau animal) o instituie în relație cu un alt individ specific" (Aisworth M., 1969).

Ea este prima care face cercetări în legătură cu atașamentul uman, care, în opinia sa, poate apare la orice vârstă și nu se confundă cu imaturitatea sau neputința. Este un *comportament afectiv* care se dezvoltă pentru prima dată în relația dintre copil și propria mamă și poate continua să se dezvolte, odată cu înaintarea în vârstă, în relația cu alte persoane.

O altă caracteristică a atașamentului este aceea unui afect consistent în timp. *Durabilitatea* acestui afect îl diferențiază net de alte comportamente emoționale ce sunt tranzitorii și dependente de o anumită situație particulară. Ea susține ideea că această „durabilitate" conduce la „formarea unor structuri intra-organizatorice, de natură neuro-fiziologică, ce îi imprimă persoanei o anumită propensiune în a-și direcționa comportamentele de acest tip doar către anumite obiecte ale atașamentului" (Ibid.).

Deducem de aici faptul că atașamentul ca și comportament afectiv, are o anumită *specificitate*, în sensul direcționării lui numai în legătură cu o anumită persoană către care se dezvoltă acest tip de comportament afectiv. Acesta unidirecționabilitate îl separă categoric de alte afecte sau sentimente, care se pot repeta atât simultan cât și consecutiv în direcția mai multor așa-numite „obiecte de susținere".

Cercetările lui M. Ainsworth au scos în evidență trei tipuri distincte de pattern-uri de comportament sau de reacții emoționale ale copilului, atunci când mama era separată pentru o perioadă scurtă de timp, într-o situație experimentală, reacții pe care ea le-a caracterizat ca fiind securizante și insecurizante.

a. Atașamentul securizant

Atașamentul securizant se distinge de celelalte două prin faptul că deși copilul va fi vizibil supărat la plecarea mamei, devine odată cu întoarcerea ei satisfăcut, întâmpinând-o cu plăcere și strângând-o în brațe. El va explora mediul în prezența ei și va interacționa cu străinii, comportament pe care nu-l va avea dacă mama nu ar fi prezentă. Atașamentul securizant este văzut ca fiind cel mai adaptativ stil de atașament. Conform unor cercetători, un copil va avea un atașament securizant atunci când mama este disponibilă și vine în întâmpinarea nevoilor lui, răspunzând corespunzător acestora.

b. Atașamentul insecurizant anxios-ambivalent

Prin contrast, copilul care dezvolta un atașament insecurizant anxios-ambivalent este cel la care se observă o frică în a explora sau a interacționa cu o persoană străină, chiar dacă mama este prezentă. Dacă are reacții negative la plecarea ei, copilul manifestă un comportament ambivalent la întoarcere, cautând să rămână aproape de mamă, dar în același timp fiind refractar la comportamentele ei de a-i atrage atenția. Se poate întâmpla ca, atunci când mama se întoarce, copilul să o lovească, să o împingă atunci când se apropie sau să nu se prindă de ea dacă dorește să îl ia în brațe.

c. Ataşamentul insecurizant anxios-evitant

Ainsworth M. vorbeşte de acel copil al cărui comportament îl denumeşte ca fiind „evitant", întrucât, deşi se simte „afectat" la început pentru plecarea mamei, la întoarcere ripostează sau încercă să o evite. Copilul chiar fuge de mamă dacă aceasta încercă să se apropie de el şi nu se prinde de ea dacă doreşte să îl ia în braţe. De asemenea, copilul nu explorează mediul, nedându-i atenţie niciunei persoane dacă aceasta intră în relaţie cu el.

d. Ataşamentul dezorganizat sau dezorientat

Mary Main, o colegă a autoarei, adaugă şi a patra tipologie care o denumeşte cea a ataşamentului dezorganizat sau dezorientat. În această categorie se înscrie acel copil care plânge puternic la plecarea mamei, are un comportament de tip „îngheţ" şi uneori se tăvăleşte pe podea. Alţii au comportamente stereotipe sau se automutilează. Unii specialişti au aflat că foarte multe dintre mamele acestor copii au suferit pierderi semnificative sau au avut alte tipuri de experienţe traumatizante la scut timp sau înainte de a fi născut, ceea ce le-a făcut să devină depresive.

M. Ainsworth a observat că acestor tipuri de ataşament ale copiilor li se asociază diferite stiluri de relaţionare maternă. Aşadar, mamele ale căror copii dezvoltau un ataşament securizant erau mult mai atente la semnalele ce arătau nevoia de hrană a copilului şi la plânsul acestora, în timp ce mamele ale căror copii dezvoltau un ataşament anxios se dovedeau a fi inconsecvente, mai puţin responsabile şi, de multe ori, cu un comportament de rejectare a copilului.

De-a lungul observaţiilor, s-a demonstrat că un copil care a dezvoltat un comportament nesigur tinde să devină un copil „problemă" cu relaţii sociale puţine, ori neimplicat afectiv şi care arată puţin entuziasm în rezolvarea problemelelor.

Este de asemenea oportun de amintit că ataşamentul în cadrul unei relaţii se bazează pe *reciprocitate*, astfel că devenim „ataşaţi" de ceva şi prin prisma faptului că acel „ceva", fie că este mamă sau o altă persoană, răspunde nevoii de ataşament. Aşadar, ca urmare a relaţiei timpurii dintre mamă şi copil, ataşamentul se dezvoltă şi devine solid acolo unde mama răspunde semnalelor acestuia (plâns, gângurit, zâmbet, cerere a hranei, etc) printr-o creştere sau, dimpotrivă, descreştere a comportamentului matern, descreştere care la rândul său activează la copil comportamente de tipul ataşamentului.

Teoria ataşamentului a cunoscut o extindere foarte mare în domeniul psihologiei copilului şi al psihologiei dezvoltării, ea deschizând calea către importante cercetări care au vizat relaţia dintre mamă şi copil, fapt ce a condus oarecum la schimbarea radicală a concepţiei asupra copilului, care era văzut doar ca un receptor al relaţiei, nu şi o persoană capabilă la rândul său să influenţeze relaţia. Mai mult decât oricând a fost evidenţiată mama, a cărei atitudine faţă de copil a fost privită pentru prima oară nu doar ca epifenomen al relaţie dintre cei doi, ci ca ceva esenţial în dezvoltarea emoţionalităţii copilului său, în crearea pe mai departe de relaţii de ataşament.

Teoria ataşamentului a deschis o perpectivă pe care psihanaliza o ignorase în cautarea ei asiduă după indicatori ai sexualităţii timpurii a copilului, o perspectivă a unei relaţii foarte dinamice, bidirecţionale, în care copilul are posibilitatea dezvoltării unei enorme baze afective ce îi influenţează pe mai târziu relaţiile cu ceilalţi. Ea a pus bazele unei noi psihologii care demontrează că relaţia dintre mamă şi copil nu se întemeiază la

naştere, ci încă din perioada prenatală, naşterea nefiind altceva decât o continuare a unei relaţii care exista deja într-o formă incipientă.

2. Teorii actuale ale relaţiei mamă-copil

2.1. Disponibilitatea afectivă maternă: definiţie şi consens

Bazându-se pe teoria ataşamentului şi făcând observaţii asupra relaţiei dintre mamă şi copil, Zeynep Biringen, profesor în cadrul Colorado State University, a arătat că disponibilitatea afectivă este un concept care include atât mama, cât şi copilul. Aşadar, pentru a putea face observaţii în legătură cu disponibilitatea afectivă maternă trebuie luat în considerare că „ea nu se referă doar la semnalele pe care le oferă părintele copilului ci şi la semnalele pe care copilul le oferă părintelui" (Biringen Z. et al., 2000).

La baza conceptului stau semnalele emoţionale pe care le recepţionează fiecare dintre cei doi parteneri ai relaţiei, astfel că „chiar dacă un părinte face tot ce este necesar în îngrijirea copilului, însă nu este emoţional prezent pentru copil ori nu recepţionează semnalele emoţionale ale acestuia (incluzând chiar absenţa semnalelor emoţionale percepute) el nu poate fi catalogat ca un părinte înalt senzitiv" (Ibid.). Ceea ce interesează aici, nu sunt doar comportamentele percepute ale mamei care pot fi uşor observate.

Dacă Ainsworth M. înţelege senzitivitatea într-un mod foarte extins, măsurând stilul de comportament al mamei mai degrabă decât comportamente discrete, subtile, diferenţiabile, Z. Biringen ia în considerare atenţia pe care o acordă la un moment dat părintele faţă de semnalele emoţionale pe care le oferă copilul şi abilitatea părintelui de a răspunde la aceste semnale, prin urmare relaţia pe care părintele o are cu propriul copil sub toate aspectele ei.

În opinia lui Z. Biringen, componentele disponibilităţii afective includ atât *afectul*, cât şi o oarecare *regularitate a orientării atenţiei* către propriul copil, *abilitatea de a fi creativ în joc* şi *capacitatea de a fi flexibil* şi *a negocia o situaţie de conflict*, toate acestea distribuindu-se pe nişte dimensiuni clare:

Afectul sau senzitivitatea, este acea comunicare emoţională dintre părinte şi copil care se desfăşoară în cea mai mare parte a timpului într-un mod pozitiv, autentic, adaptat copilului şi creativ. Semnalele exterioare în acest sens pot fi acelea în care se întâlnesc zâmbete călduroase, contact vizual, contact fizic, jucăuş, în care copilul să se simtă confortabil.

Gradul în care părintele oferă copilului structura, schema, modelul de comportament sau de adaptare la anumite situaţii, având de asemenea grijă să respecte „îndrumările" pe care însuşi copilul este capabil să le ofere, este un alt indicator al disponibilităţii afective.

Deşi este o modalitate internă, proiectată cognitiv în acţiune, ea este susţinută la rândul său de relaţia emoţională dintre părinte şi copil, fiind direct influenţată de reacţiile copilului. Z. Biringen afirmă, în legătură cu acest aspect, faptul că „un părinte nu poate oferi o schemă sau un model de acţiune optim în afara interacţiunii cu copilul său" (Ibid.). Tot aici părintele trebuie să fie capabil să traseze limite atunci când avem de-a face cu un comportament neadecvat al copilului sau să aibă o reacţie pentru lipsă de comportament. Aici se stabileşte modul de joacă sau de acţiune, se stabilesc regulile şi locul fiecăruia în cadrul relaţiei.

(Non)intruzivitatea parentală este o a treia componentă a disponibilităţii afective, fiind la rândul ei o latură comportamentală influenţată de reacţiile copilului. Ea se referă la capacitatea de a fi disponibil faţă de propriul copil fără a fi intruziv. Totodată, lăsarea copilului în a se manifesta autonom este un alt semn al nonintruzivităţii.

Z. Biringen oferă câteva comportamente ca şi exemplu prin care un părinte se poate manifesta intruziv. Aici întâlnim supracontrolul copilului care poate veni la rândul său dintr-o latură obsesiv-compulsivă a părintelui sau critica controlatoare. De asemenea, autoperceperea părintelui ca fiind un profesor în relaţie, duce cumva inconştient copilul în asumarea unui rol educaţional.

Este de reţinut faptul că, disfuncţionalităţi subtile ale personalităţii părintelui, includ în ele o latură de intruzivitate. Z. Biringen et al. ne oferă exemplul unui părinte nascisic care, odată ajuns acasă, „s-ar putea să creadă că un copil trebuie să se oprească din activitatea pe care tocmai o desfasură, pentru a i se alătura şi a-i oferi atenţie" (Ibid.). Tot aici sunt incluse personalităţile de tip borderline care „solicită" copilul din dorinţa lor de a nu ramane singuri sau personalităţile cu oarecare tendinţe psihotice.

(Non)ostilitatea parentală este de asemenea o dimensiune a disponibilitătii afective. Ea se referă în mod cât se poate de clar la comportamentele ostile, neprietenoase, agresive ale părintelui. Z. Biringen situează comportamentele extreme ale acestei dimensiuni la nivelul furiei şi al nerăbdării, exprimată atât prin mimică la nivelul feţei cât şi prin voce. La celalalt pol avem comportamante şi atitudini caracterizate printr-o totală nonostilitate.

În definirea conceptului de disponibilitate afectivă, autoarea ţine cont şi de reacţiile şi comportamentele copilului. Ele nu sunt doar un răspuns la comportamentele părintelui ci unele pot fi văzute şi ca acţiuni de sine stătătoare, iniţiate de copil, însă cu efecte asupra emoţionalului părintelui. Astfel se iau în considerare şi *răspunsul copilului la manifestările părintelui* şi *intensitatea implicării lui în relaţie cu părintele.* În legătură cu primul aspect, Z. Biringen et al. notau că „măsurarea răspunsului copilului în relaţie cu părintele este cea mai bună cale în a identifica disponibilitatea afectivă a copilului în relaţie cu acesta" (Ibid.).

Aceştia mai spun că dacă atitudini ca „zâmbitul" sau „râsul" nu sunt direcţionate către părinte ci spre lumea exterioară, sau mai mult se observă o evitare a părintelui, atunci copilul este considerat unul care nu manifestă disponibilitate afectivă faţă de acesta. Aşadar, în cadrul acestui concept aşa cum a fost definit el ce către cercetătorii americani, atitudinile copilului au importanţa lor, copilul fiind şi cel care stimulează şi nu doar se lasă stimulat pentru a stimula la rândul său.

Implicarea copilului se referă la comportamentul său de angajare a părintelui în joacă alături de el, prin a pune întrebări sau a povesti ceva acestuia în legătură cu joaca în care este implicat, sau chiar ai solicita colaborare în faze mai timpurii ale dezvoltării. Copilul este implicat atunci când cu interes deosebit participă la joc şi implică şi părintele alături de el, având manifestări atât verbale cât şi nonverbale care dovedesc un deosebit interes alături de persoana de care este ataşat şi prin care doreşte să o facă părtaşă la lumea sa, la ceea ce consideră el ca fiind important din această lume.

După cum se observă Z. Biringen a avut în vedere în determinarea disponibilităţii afective, întreaga dinamicitate a relaţiei dintre părinte şi copil. Ei nu sunt factori singulari ai relaţiei, ci elemente dinamice capabile să comunice unul cu celălalt în diferite moduri

şi pe diferite nivele, ori din punctul său de vedere, tocmai această comunicare în care latura afectivă este bine definită, este cea care se constituie în ceea ce ea numeşte disponibilitate afectivă.

Dacă M. Ainsworth vedea ataşamentul ca o interacţiune emoţională plasată în centrul relaţiei dintre doi indivizi, constantă în timp, disponibilitatea afectivă în viziunea lui Z. Biringen este definită din punctul de vedere al semnalelor emoţionale reciproce ale celor doi, care pot varia în funcţie de contextul în care se desfaşoară o astfel de relaţie, conturată de diferite stiluri de relaţionare ale celor doi implicaţi.

Aşadar, conceptul la Z. Biringen nu se găseşte în centru relaţiei, ci atât în centru cât şi pe laterale. El se defineşte dinamic, de la mamă la copil şi de la copil la mamă sau altă figură de susţinere, pleacă de la motivarea celor doi în a declanşa acţiuni adecvate şi se întâlneşte la mijloc, acolo unde prinde conturul final. Ataşamentul nu mai este aici legat exclusiv de copil, nu mai este ceva caracteristic doar lui, el defineşte relaţia, o relaţie care după părerea noastră îşi are originile în perioada prenatală.

2.2. Relaţia de ataşament dintre mamă şi făt

2.2.1. Teorii ale relaţiei de ataşament dintre mamă şi făt

Ideea unei relaţii de ataşament dintre mamă şi făt în perioada de sarcină nu este o idee recentă. Pe la jumătatea secolului trecut, un autor Deusch, a fost primul care a susţinut ideea că ataşamentul ca şi fundament al relaţiei mamei cu copilul, se poate dezvolta încă din perioada prenatală.

În 1975 Robin (apud. Turriff-Jonasson S. I., 2004) a fost cel care a dezvoltat mai departe conceptul şi care a vorbit de patru elemente distincte ale acestuia. El spunea că o femeie devine ataşată de ideea de a fi însărcinată, pentru ca apoi sa devină ataşată de copilul din interiorul ei. El identifica în acest ataşament prenatal următoarele aspecte psihologice: căutarea securităţii pentru mamă şi făt, asigurarea că viitorul copil va putea fi acceptat de ceilalţi membri ai familiei, crearea unei legături cu fătul, capacitatea de a pune nevoile fătului în faţa nevoilor personale.

Cu timpul s-a ajuns la dezvoltarea unui astfel de concept după ce au fost observate atitudinile mamei în timpul sarcinii, modul în care se adaptează ea la sarcină, descriind astfel o relaţie între o mamă şi făt în termeni de reprezentări cognitive care includ scenarii proiective între cei doi şi mai ales atribute fizice şi emoţionale oferite de aceasta propriului făt (Salisbury A. et al., 2003).

În concepţia lui M. Muller ataşamentul dintre mamă şi făt este definit ca o „relaţie afectivă unică care se dezvoltă între femeie şi fătul său" (Muller M., 1993). Ea vede această relaţie ca o dimensiune unidirecţională care este de o intensitate mai mică sau mai mare.

J. Condon, psihiatru australian vede în ataşamentul prenatal o legătură care îşi are bazele înainte de concepţie, definindu-l ca o legătură dintre părinte şi fetus ce are la bază abilităţi emoţionale şi cognitive. Autorul australian leagă conceptul de ambii părinţi, fiind de acord că acest ataşament se prelungeşte şi după naştere.

Teorii foarte recente (H. Doan şi A. Zimerman, 2002) definesc ataşamentul dintre mamă şi făt ca fiind „un concept abstract, reprezentând legătura dintre un părinte şi un

fetus, care este potenţial prezentă înainte de sarcină şi este legată de abilităţile cognitive şi emoţionale ce duc către conceptualizarea unei alte fiinţe umane, dezvoltându-se într-un sistem ecologic".

Pe lângă conceptualizarea făcută de predecesorii lor în legătură cu acest tip de ataşament (M. Muller şi J. Condon) ei introduc o nouă idee ce o asociază acestui concept, şi anume aceea de *sistem ecologic* care se referă aici la relaţia maritală la momentul concepţiei, la ceea ce aşteptă femeia de la partenerul ei în această perioadă şi la statutul pe care îl are ea ca mamă (la prima naştere, cu un copil, mama a unui copil cu sindrom Down etc.).

Conceptul de ataşament între mamă şi făt este un concept relativ nou în psihologia dezvoltării sau în domeniul psihologie prenatale, ce nu este însă clar delimitat datorită problemelor metodologice, astfel că deşi J. Bowlby a văzut ataşamentul ca o relaţie bidimensională între două fiinţe, teoriile actuale care examinează relaţia între mamă şi făt, văd în ataşamentul prenatal o relaţie unidimensională. Neexistând în momentul de faţă oportunităţi pentru a se evidenţia interacţiunea reciprocă dintre cei doi, conceptul de ataşament prenatal va avea mult timp o dimensiune unidirecţională care va categorisi doar comportamentele mamei din timpul perioadei de sarcină.

S. Turriff-Jonasson face precizarea că „deşi legătura emoţională pe care femeia o experimentează în relaţia cu fătul ei ar putea să nu fie considerată „ataşament" în sensul tradiţional al termenului în câmpul psihologiei (aşa cum a descris-o J. Bowlby), a fost totuşi termenul care a fost folosit de către cei care au operaţionalizat constructul, şi din acest motiv li s-a dat crezare în contextul dezvoltării unui fundament teoretic şi a unei baze stiinţifice; din acest motiv termenul „ataşament" va fi folosit sinonim pentru ceea ce ar desemna termenul de „legătură emoţională" (Turriff-Jonasson S. I., 2004). Totuşi, şi în aceste circumstanţe, au fost făcute unele cercetări în ceea ce priveşte relaţia de ataşament pe care o dezvoltă mama pentru făt în timpul sarcinii şi s-au putut scoate la iveală comportamente, atitudini sau experienţe care infuenţează un astfel de construct.

2.2.2. Modelul lui J. Condon asupra relaţiei de ataşament dintre mamă şi făt

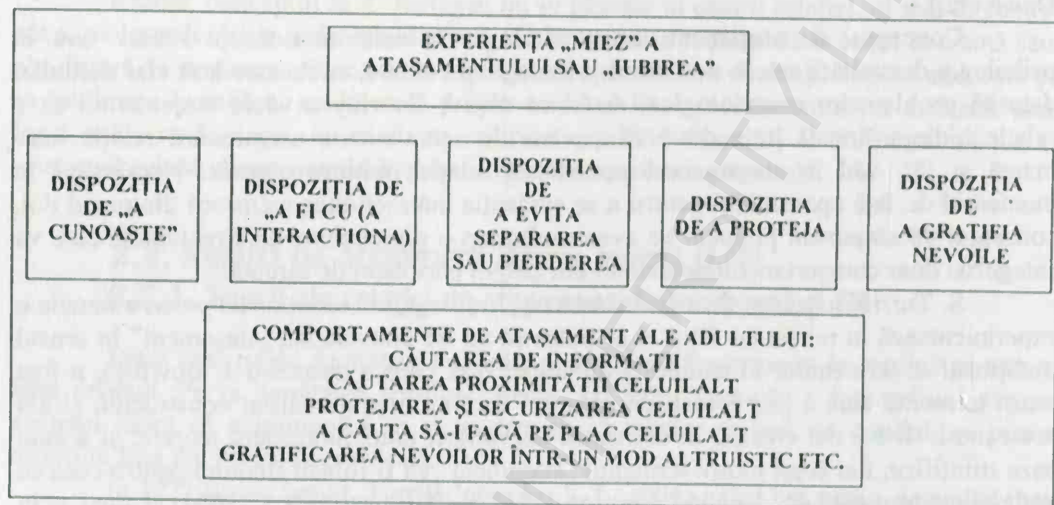
John Condon, psihiatru australian în cadrul Fliders Medical Centre, South Australia, propune un model ierarhic al dezvoltării ataşamentului la mama însărcinată, model ce plasează *„iubirea"* ca experienţă de tip nucleu.

Părinţii în decursul celor nouă luni de sarcină îşi crează o reprezentare din ce în ce mai elaborată în legătură cu fetusul, o întrepătrundere între fantezie şi realitate, fetusul devenind un receptor al unei proiecţii, în spatele căreia este sentimentul profund al iubirii. Acestă experienţă nucleu desigur că comportă valenţele ei subiective, inconştiente, greu cuantificabile. Ceea ce poate fi cercetat este aşa-numitul „strat al doilea care derivă din această experienţă a iubirii" şi se finalizează în comportamente observabile. Avem aici de-a face cu „dispoziţii" ce exprimă experienţa de tip nucleu şi duc mai departe către comportamente de ataşament ale persoanei adulte.

Astfel, J. Condon găseşte că la nivelul ataşamentului dintre mamă şi făt, stau la bază cinci dimensiuni: *a cunoaşte*, *a fi cu el* şi *a interacţiona cu el*, *a evita separarea sau*

pierderea, a proteja și *a gratifia nevoile*. Pentru el acest tip de atașament este „măsura în care femeile (și bărbații) sunt implicați în comportamente ce reprezintă afiliere și interacțiune cu copilul lor încă nenăscut" (Condon J., 1993). Autorul nu are pretenția de a delimita exhaustiv atașamentul prenatal, recunoscând că cele cinci dispoziții sunt indicatori ai unei „probabile prezențe a atașamentului".

El vede în acest atașament prenatal o relație care exprimă experiența dintre mamă și copil, fiind *baza relaționării sau a atașamentului de mai târziu*, ce are la rândul ei ca fundament *sentimentul iubirii*.



Dispoziția pentru ***„a cunoaște"*** se referă la o curiozitate în legătură cu natura obiectului iubit sau la nevoia de a-și imagina caracteristicile fătului. Modalitățile de manifestare ale acestei dispozitii sunt diverse, iar cea mai la îndemână este atitudinea de căutare de informații în legătură cu fătul, cum ar fi cele legate de dezvoltarea sa, de ceea ce se întâmplă cu el în perioada de sarcină, de diferite aspecte ale îngrijirii sale și a alimentației. O mamă caută informații întrucât este interesată în legătură cu copilul care se va naște și din acest motiv o parte din energia ei zilnică este îndreptată spre cunoașterea lui.

Dispoziția de ***„a fi cu el"*** reprezintă dorința de a interacționa cu obiectul și obținerea plăcerii sau a satisfacției odată cu punerea în joc a comportamentelor ce exprimă aceasta dorință. Vorbitul cu fătul sau palparea burții sunt comportamente care derivă de aici și care arată că mama sau tatăl caută prezența copilului încă nenăscut. Nevoia de a fi cu el este o nevoie care poate fi identificată ușor în multe dintre comportamentele mamei prin care este căutată într-o formă sau alta interacțiunea cu propriul copil. Ea este și o garanție a faptului că mama este prezentă în relație.

A treia dimensiune este aceea de ***„a evita separarea"***, dimensiune care poate exista conform lui J. Condon atât în plan fantasmatic cât și în realitate. Ea se naște din evitatea sentimentului de tristețe care ar apărea după o separare sau pierdere. Ceea ce este interesant este că intensitatea acesteia este, conform autorului, în directă proporție cu intensitatea atașamentului. Cu alte cuvinte, cu cât părintele se află mai atașat de copil, cu atât îi este mai

dificil să se separe de acesta chiar şi pentru o perioadă scurtă de timp. Astfel, dacă în cazul copilului născut această dimensiune este legată de separare, în cazul fătului ea este legată de pierdere, care de multe ori are de-a face cu avortul provocat sau nu.

A patra dimensiune este dispozitia către ***„a proteja"*** obiectul de experienţele care i-ar putea produce suferinţă. Autorul vorbeşte despre comportamentul femeii însărcinate de a înceta să mai fumeze sau de a se abţine în a mai fuma, tocmai ca un comportament de acest tip. Pe lângă acestă grijă faţă de modul în care se alimentează, evitarea anumitor medii care ar produce fătului rău se constituie în comportamente de protecţie. Ele se bazează pe o oarecare conştientizare a mamei în legătură cu faptul că fătul este dependent de ea sub foarte multe aspecte şi că mediul neprielnic nu o afectează doar pe ea – chiar dacă nu o afectează pe ea poate afecta fătul – este primejdios pentru dezvoltarea sanătoasă a acestuia şi din această cauză trebuie evitat.

Ultima dimensiune este aceea de ***„a identifica şi gratifia nevoile"*** obiectului investit cu „iubire". Este vorba aici de o atitudine altruistă deoarece gratifierea nevoilor lui pune pe locul al doilea satisfacerea propriilor nevoi. Mama este atentă la făt şi identifică sau imaginează nevoile lui pentru a i le satisface în mod adecvat. Este clar că într-o primă fază nevoile lui sunt nevoile mamei şi că fiind atentă la propriile nevoi ea este întrucâtva atentă şi la nevoile propriului copil.

Pentru a delimita şi mai bine modalităţile prin care părinţii se raportează la făt J. Condon descrie patru stiluri de ataşament prenatal, stiluri ce se diferenţiază între ele prin cele două trăsături de bază, calitatea şi intensitatea ataşamentului:

1. Persoane foarte preocupate de făt, cu un interes puternic şi cu preocupări în ceea ce îl priveşte. Acţiunile lor sunt puternic susţinute de o cantitate mare de emoţii pozitive şi nevoi privitoare la acesta, printre care nevoia de a fi cu el, de a-i vorbi, de a interacţiona prin diferite aspecte etc.
2. Persoane care dezvoltă de asemenea un ataşament pozitiv însă care petrec mai puţin timp pentru acţiuni care să implice fătul. J. Condon spune că acest tip de ataşament este întâlnit la femei care mai au copii şi la femei care percep această experienţă cu teamă.
3. Aici se încadrează persoanele care pe lângă faptul că petrec puţin timp gândindu-se la făt, experimentează şi puţine emoţii pozitive în legătură cu acesta. Se poate remarca o uşoară detaşare căreia i se asociază un interes diminuat, sau dimpotrivă, pot apărea emoţii ambivalente faţă de făt care spune J. Condon „sunt reprimate sau negate" (Condon J., 1993).
4. Persoane foarte preocupate de făt dar fără o bază emoţională solidă. Este o preocupare pur intelectuală fără implicare emoţională. Mai există aici posibilitatea unei preocupări anxioase sau părinţi alexitimici însă incapabili de a relaţiona cu copilul.

J. Condon nu limitează teoria ataşamentului la relaţia dintre mamă şi făt. El ia în considerare şi tatăl, văzându-l ca o *persoană responsabilă în egală masură de propriul ataşament pentru copil*. Dacă în cazul fătului multe dintre dispoziţii sunt limitate în exprimare, teoria este aplicabilă foarte bine în ceea ce priveşte relaţia dintre mamă şi copilul mic. În acest caz componentele sunt aceleaşi, diferenţa fiind dată de faptul că ele sunt mai uşor identificabile, întrucât obiectul investit cu ataşament poate fi văzut, mirosit, auzit, pipăit sau mângâiat şi pot face în mod mai clar raţionamente în legătură cu el.

Autorul nu ascunde să spună că înseşi cumva indirecta interacţiune cu obiectul investit cu ataşament aduce o limită considerabilă teoriei sale, întrucât percepţiile sunt limitate doar la ceea ce mama simte în interiorul ei, astfel că această „probalibă existenţă a ataşamentului" de un fel sau altul, de o intensitate sau alta, poartă o oarecare subiectivitate datorată în primul rând unei comunicări dintre cei doi greu accesibile conştiinţei mamei.

2.2.3. Factori care influenţează relaţia de ataşament dintre mamă şi făt

Primul care a făcut cercetări în ceea ce priveşte ataşamentul prenatal a fost Cranley (1984). Dezvoltând o scală de ataşament prenatal, el o aplică la diferite femei însărcinate şi găseşte o legătură semnificativă între acestă dimensiune şi *atitudinea faţă de sarcină*. De asemenea, a pus în legătură ataşamentul prenatal cu *suportul social*, găsind că dacă există un suport social intens în perioada sarcinii, ataşamentul mamei faţă de făt este şi el crescut.

Tot Cranley şi Werner (1983) au găsit o legătură semnificativă între scorurile obţinute la chestionarul de ataşament prenatal şi calitatea relaţiei maritale. Cu alte cuvinte *calitatea relaţiei maritale*, în forma ei pozitivă, influenţează ataşamentul mamei faţă de făt. M. Mikulincer şi V. Florian, citaţi de S. Turriff-Jonasson (Turriff-Jonasson S. I., 2004), au evidenţiat faptul că femeile care ele însele erau caracterizate de un ataşament securizant din punct de vedere al teoriei lui M. Ainsworth, deveneau extrem de ataşate de fătul lor, încă din perioada de început a sarcinii.

Aceste cercetări se înscriu în sfera celor care au susţinut ideea că legătura de ataşament dintre mamă şi făt este influenţată de propriile relaţii de ataşament ale mamei, chiar în relaţie cu propria mamă. Acest fapt ne îndeamnă să ne gândim la istoria de viaţă atât a mamei cât şi a propriei sale mame, cu tot ce s-a întâmplat cu ataşamentul pe întreaga linie maternă, evenimente care s-ar putea încadra ca importante din acest punct de vedere pe lanţul transgeneraţional.

Au fost de asemenea cercetători care şi-au pus problema creşterii intensităţii ataşamentului dintre mamă şi făt astfel că, există destule ipoteze care au confirmat faptul că *schimbările hormonale* care se produc în perioada de sarcină dar şi *acomodarea mamei cu ideea maternităţii* în cel de-al doilea trimestru de sarcină, ar aduce cu sine şi o creştere a ataşamentului faţă de făt (Ibid.).

O altă caracteristică care ar influenţa relaţia de ataşament între cei doi ar fi *capacitatea mamei de a-şi imagina fătul*. M. Muller susţine chiar că aceasta este una din componentele integrante ale ataşamentului prenatal (Muller M., 1993).

Mai mult decât atât, *incapacitatea perceperii mişcărilor* fătului în interiorul uterului, sau chiar *negarea acestora*, sunt semnale ale unei legături de ataşament prenatal defectuoase sau de foarte slabă intensitate. Punând mamele să contorizeze mişcările fătului de-a lungul unei perioade determinate de timp, Mikhail M. et al. au demonstrat faptul că acestea dezvoltau un ataşament ce era semnificativ crescut în comparaţie cu cele care nu făceau acest lucru (Mikhail M. et al., 1991). Aceste aspecte nu fac decât să confirme teoria lui J. Condon cu privire la ataşamentul prenatal, întrucât dorinţa şi capacitatea mamei de a percepe mişcările propriului copil ţin de dimensiunile de cunoaştere şi nevoie de a fi cu el.

S. Turriff-Jonasson conchide că femeile care dezvoltau sentimente puternice de ataşament încă din perioada de sarcină, după ce copiii li se năşteau, se simţeau foarte apropiate de aceştia, răspunzând nevoilor lor şi se bucurau atunci când îi îngrijeau. Pe de altă parte, cele care dezvoltau un minim ataşament de făt, era mult mai probabil sa simtă detaşare emoţională şi emoţii conflictuale, după ce năşteau şi era mult mai puţin probabil să-l hrănească la sân.

Aşadar, putem concluziona că ataşamentul care se stabileşte între mamă şi făt, nu este un concept relativ nou în domeniul psihologiei copilului, el nu este un concept *per se* ci este influenţat de numeroşi alţi factori identificaţi în cercetări cât se poate de recente. Aceşti factori nu sunt doar de natură fiziologică. Mulţi dintre ei poartă istoria emoţională a mamei, istorie care a fost influenţată de propriile relaţii de ataşament, de alte sarcini, de propria relaţie maritală.

Contextul psihologic exterior în care apare o sarcină este la fel de important în dezvoltarea ataşamentului mamă-făt ca şi contextul psihologic interior. Importanţa acestor fenomene care se petrec la exterior, modul în care reacţionează familia la aflarea veştii, partenerul sau chiar ea înseşi, faptul dacă se simte sau nu susţinută de partener sunt elemente în egală măsură ca importanţă ca şi cele care îşi au locul la interior. Modul în care femeia „percepe" intrinsec apariţia unui copil sau chiar mecanismele psihologice care se declanşează odată cu aflarea veştii că este însărcinată, sunt elemente care pot constitui baza unor viitoare cercetări în acest domeniu.

2.3. Disponibilitatea afectivă maternă atât prenatală cât şi postnatală

Atunci când vorbim de disponibilitatea afectivă maternă, avem în vedere acea *configuraţie cognitiv-emoţională şi comportamentală* ce caracterizează relaţia dintre mamă şi făt şi ulterior dintre mamă şi copilul său.

Disponibilitatea afectivă maternă este ceva continuu care nu se opreşte nici la prenatalitate, însă nici nu o exclude. Ea este o legătură emoţională, văzută mai degrabă ca o abilitate care se dezvoltă în perioada de sarcină şi care rămâne în aproximativ aceeaşi formă şi după ce mama a născut, căpătând o personalizare mai accentuată care se datorează în special răspunsurilor noului născut la solicitările mamei. Dorinţa de a avea un copil, având gânduri pozitive în legătură cu ceea ce însemnă a avea un copil, regularizarea frustrărilor care pot veni ca urmare a sarcinii, controlul anxietăţii, atitudini care ţin de îngrijire a mamei înseşi şi implicit a copilului, toate au de-a face cu ceea ce generic putem denumi „disponibilitate afectivă maternă".

Disponibilitatea afectivă maternă în viziunea noastră, este un concept foarte apropiat de implicarea emoţională a mamei în relaţie cu fătul şi ulterior cu copilul, în care există îngrijire maternă, devotament pentru copil şi o acceptare mutuală în a avea copilul si a şi-l dori, precum şi o comunicare emoţională permanentă între cei doi.

În fapt „disponibilitatea afectivă maternă" include ceea ce D. Winnicott denumea „preocupare faţă de propriul ei copil, până la excluderea altor interese în felul în care este normal şi temporal", întrucât el înţelegea prin acest act o regularizare şi ordonare a nevoilor în sensul *subordonării nevoilor personale nevoilor propriului copil*. Acest lucru implică o

cunoaştere uneori – atunci când avem de-a face cu făt sau cu nou-născut – apriorică a nevoilor copilului, fapt care poate deriva dintr-o identificare cu acesta, cât şi din culegea de informaţii despre nevoile sale atât în perioada de sarcină cât şi după sarcină.

De asemenea, acest concept implică ca mama să fie capabilă *să răspundă prompt la necesităţile copilului*, însă în felul în care acest comportament este considerat ca intrând în sfera normalităţii, adică în a nu se constitui intr-o atitudine de hipervigilenţă la nevoile copilului. Pe de altă parte, aceasta atitudine este preferabil sa fie cu preponderenţă manifestată în perioada de sarcină şi în primul an, urmând ca odată cu dobândirea autonomiei mama să fie capabilă să încurajeze astfel de comportamente şi chiar să se adapteze ea înseşi la îndrumările pe care copilul i le oferă. În acest sens, prin câştigarea autonomiei de către copil, conceptul se suprapune pe ceea ce Z. Biringen denumeşte *„structuring"* (v. Biringen Z. et al. 2000).

Interacţiunea cu copilul şi implicare emoţională încă din perioada de sarcină, considerându-l ca pe cineva capabil să asculte şi să înveţe să acţioneze în funcţie de stimulările mamei, este o altă dimensiune a conceptului de disponibilitate afectivă maternă. Conştientă de existenta unei noi fiinţe care se dezvoltă înăuntrul său, mama începe sa comunice cu aceasta, întâi verbal ca o modalitate de includere în spaţiul său psihologic personal şi poate, ca o modalitate de a se obişnui cu ideea de sarcină şi cu ideea de mamă. Desigur că această interacţiune cu copilul în perioada prenatală este preponderent imaginară, dezvoltându-se în legătură cu ceea ce mama îşi imaginează ca fiind atribute ale fătului care creşte în ea, însă odată cu naşterea ea devine reală, mama şi copilul constituindu-se încă de la început ca doi agenţi egali ai comunicării, însă pregăteşte terenul pentru interacţiunea de după naştere, acolo unde mama şi copilul sunt prezenţi fizic şi psihologic şi se influenţează unul pe celălalt. Această interacţiune cu copilul este caracterizată de plăcere, în sensul în care mama are o atitudine pozitivă, venind în întâmpinarea nevoilor copilului cu plăcere şi primind cu plăcere şi bucurie semnalele sale.

O altă caracteristică importantă a disponibilitatii afective materne este *protejarea şi crearea unei stări de siguranţă* copilului sub toate aspectele sale. Încă din perioada intrauterină mama dezvoltă comportamente care conduc pe deoparte la protejarea ei de anumiţi factori nocivi (stresul, anxietatea, substanţele toxice, de a se lovi sau de a lovi copilul etc), comportamente care sunt legate indirect de protejarea fătului şi de dezvoltarea lui fizică în condiţii optime. Odată cu naşterea mama îşi direcţionează acest comportament chiar către propriul copil. Protejarea are aici de-a face cu crearea unui mediu în care copilul să se simtă în siguranţă în care să poată explora cu încredere mediul.

Disponibilitatea afectivă maternă, aşa cum o vedem noi ca făcând parte din universul mamei odată cu apariţia sarcinii, care creşte pe măsură ce mama interacţionează cu fătul şi se obişnuieşte cu ideea de maternitate şi cu tot ceea ce decurge de aici, este acea ***configuraţie cognitiv-emoţională şi comportamentală care generează calitatea şi intensitatea ataşamentului*** atât în perioada prenatală cât şi în postnatalitate, cu alte cuvinte un concept care se suprapune întrucâtva celui de ataşament, un concept ce are la bază interacţiunea şi implicare emoţională cu copilul, protejarea şi crearea unei stări de siguranţă, capacitatea de răspunde promt la solicitările lui printr-o atitudine de recepţionare activă a ceea ce se întâmplă cu acesta şi capacitatea de subordonare a propriilor nevoi, nevoilor şi cerinţelor copilului în special în primii ani de viaţă.

Disponibilitatea afectivă maternă se diferenţiază şi de ataşamentul prenatal în sensul în care nu există oportunităţi pentru o interacţiune reciprocă vizibilă în perioada de sarcină. Deşi este de la sine înţeleasă existenţa unei astfel de interacţiuni, ea nu poate fi cuantificată, neexistand indici suficienţi de măsurare a răspunsurilor fătului la reacţiile mamei, mai ales în sfera psihologiei. Teoria ataşamentului aşa cum a fost ea postulată de J. Bowlby şi apoi dezvoltată de M. Ainsworth, exclude absenţa unei persoane care poate fi doar intuită, gândită, imaginată sau poate inconştient percepută. Desigur, ea avea la bază tocmai diferitele modalitati de răspuns ale copilului la prezenţa sau absenţa stimulului matern. Dacă în lumea ştiinţifică ataşamentul prenatal, cu componente clare din ceea ce în mod uzual înţelegem prin „disponibilitate afectivă maternă", este diferenţiat ca şi concept de ceea ce cercetătorii americani denumesc „disponibilitate afectivă" văzută ca interacţiune dinamică dintre mamă şi copil, nu ne rămâne decât să cercetăm separat cele două concepte, modul cum influenţează ele problematica copilului şi să constatăm în ce măsură ele se întrepătrund.

În lucarea de faţă, această dimensiune globală care este disponibilitaea afectivă maternă, dorim să o punem în relaţie cu complicaţiile care apar la naştere cu anumite aspecte care ţin de fenomenul complex al naşterii şi cu modul în care se dezvoltă emoţionalitatea la copil. Pentru a face acest lucru trebuie să luăm în calcul faptul că această dimensiune este supraordonată oarecum a ceea ce înţelegem prin „legătură emoţională" între mamă şi copil.

CAPITOLUL 2:
Relaţia mamă-făt premisă în dezvoltarea relaţiei mamă-copil

Pionier al psihologiei prenatale, Thomas Verny este printre primii specialişti care a adus dovezi importante în acest domeniu. În cartea sa „*The secret life of the unborn baby*" el vorbeşte despre influenţa pe care părinţii o exercită asupra fătului şi mai târziu asupra copilului. În anii '80 cartea a avut o prezenţă răsunătoare, punând multe probleme despre care mulţi dintre specialiştii acelei perioade se fereau să vorbească, întrucât nu erau intreprinse foarte multe studii în acest domeniu şi astfel nu exista o bază ştiinţifică.

Cu toate acestea, încă de atunci Th. Verny susţinea faptul că fătul este o fiinţă conştientă, care simte şi îşi aminteşte, iar ceea ce se întâmplă cu el în această perioadă de nouă luni de zile are un rol important în modularea personalităţii sale (Verny T., 2006). În susţinerea punctului său de vedere, el face apel la studii care se desfăşuraseră până în acea perioadă, studii care evidenţiau rolul mamei în dezvoltarea psihologică a fătului incluzând chiar şi rolul tatălui în tot acest context.

De asemenea, Th. Verny aducea dovezi care susţineau că ceea ce se întamplă în perioada fetală poate afecta într-o mare măsură psihicul viitorului copil, mergând până acolo încât să cauzeze boli psihice. Astfel, după părerea sa „unele forme de depresie îşi au originea în uter. În mod uzual, acestea sunt produse de o pierdere majoră. Din diferite motive – boală sau tulburare psihică – o mamă renunţă la sentimentul de iubire şi suport pentru copilul nenăscut; această pierdere trimite copilul către depresie" (Verny T., 2006, p. 52). Th. Verny susţinea aşadar ideea că în perioada fetală se pun bazele dezvoltării Eului şi tot atunci se stabileşte structura personalităţii, fătul ne mai fiind văzut ca o parte organică, ci ca o fiinţă care poate recepţiona activ tot ceea ce se întamplă cu el şi în jurul lui. Desigur că sentimentul iubirii şi al dorinţei de a avea un copil deveneau elemente prioritare în stabilirea unui contact optim dintre mamă şi făt, ajutând la crearea unui mediu cât mai bun pentru dezvoltarea unei personalităţi normale, care să aibe toate premisele pentru o creştere sănătoasă.

Un alt autor al numeroase publicaţii în ceea ce priveşte psihologia prenatală şi perinatală, David Chamberlain, care, ca urmare a propriilor cercetări a ajuns la importante concluzii în acest domeniu. Utilizându-se de regresia hipnotică, el a putut observa de-a lungul a mai multor ani de practică, faptul că multe persoane puteau aduce la suprafaţă amintiri ce ţineau de perioada de dinainte de naştere sau chiar din timpul naşterii. Convins fiind de existenţa unei memorii prenatale, D. Chamberlain a putut compara amintirile mamei şi ale copilului din timpul perioadei de sarcină, concluzionând că o bună parte a amintirilor celor doi erau asemănătoare, chiar existând persoane care puteau să-şi amintească în cele mai mici amănunte experienţa trăită în acea perioadă.

Desigur, alte cercetări în domeniul psihologiei prenatale şi perinatale au confirmat existenţa unei memorii la făt şi rolul ei în dezvoltarea ulterioară a acestuia (D. Chamberlain, S. Grof, R. Hepper, R. Parcutt). Tocmai din acest punct de vedere memoria fătului capată o valenţă deosebită în contextul existenţei lui ulterioare. „Ceea ce învăţăm de aici poate schimba modul în care ne trăim viaţa, cum suntem ca părinţi, concepţia, sarcina şi naşterea unui copil şi cum ne educăm unul pe altul" (Chamberlain D., 1998, p. XXIV) spunea D. Chamberlain în cartea sa *„The mind of your newborn baby"*.

Prin urmare, dacă există o memorie prenatală, categoric există modalităţi prin care ea este influenţată, iar stările psihice ale mamei în perioada sarcinii nu sunt altceva decât fundamentul psihologic al viitorului individ. Ele sunt înregistrate la nivelul memoriei fetale şi conduc ele însele mai târziu la dezvoltarea emoţionalităţii copilului, a modului cum relaţionează cu ceilalţi copii de vârsta lui, cu părinţii şi mai ales structurează viitoare pattern-uri psihice pentru adultul care va deveni.

1. Influenţe materne în uter

Fătul este receptiv la tot ceea ce se petrece cu el în perioada prenatală. Cercetările au demonstrant într-un mod evident faptul că un mediu stresant pentru mamă duce la dezvoltarea de beta-endorfine, substanţe ce pot fi produse încă din a şaptea saptămână a vârstei gestaţionale. Tot aici dieta pe care o are mama în timpul sarcinii, expunerea la toxine, are pentru făt efecte ce pot fi constatate după o perioadă mai lungă de timp.

Totodată, mediul emoţional oferit de mamă şi tată se alătură în egală masură dezvoltării fătului. Acest mediu se referă la stările mentale şi emoţionale ale celor doi părinţi în timpul celor nouă luni de sarcină. În legătură cu acest aspect A. Bleton şi Sednaoni-Mirza spun că „ceea ce mama şi tatăl experimentează în această perioadă, devine parte a repertoriului emoţional al copilului, inclusiv ceea ce se presupune toxic sau poluant" (apud. Hartman D., Zimberoff D., 2002).

Se vorbeşte din ce în ce mai mult în ultima perioadă despre factorii pe care mama îi consideră stresori şi care la rândul lor produc efecte asupra copilului. Mai mult decat atât, psihopatologia copilului şi adolescentului poate avea implicaţii în perioada prenatală şi perinatală. Aşa cum afirmă D. Hartman şi D. Zimberoff, „depresiile majore ale copilului sunt premise ale problematicilor emoţionale ale mamei din timpul sarcinii (Hartman D., Zimberoff D., 2002). Ei vorbesc despre lipsa de ingrijire maternă ca şi cauzalitate a tulburărilor anxioase la copil, despre comportamentele disruptive din copilărie care sunt văzute ca efecte ale unei stări emoţionale materne sărăcăcioase din timpul perioadei de sarcină sau care ar putea ţine de complicaţiile care apar în timpul naşterii propriu-zise. În acest context se pune accentul pe starea depresivă a mamei din timpul sarcinii, stare care la rândul ei ar putea prezice unele tulburări ale conduitei la copil sau poate fi cauză a sindromului hiperkinetic cu deficit de atenţie (Downey G., Coyne J., apud. Hartman D., Zimberoff D., 2002).

Tot în legătură cu dezvoltarea unor tulburări psihice la copil sunt şi studiile făcute de D. Beversdorf et al. Deşi existau suficiente dovezi asupra rolului geneticului în dezvoltarea comportamentului autist, studii recente dau o importanţă aparte evenimentelor care se petrec între a 30-32 saptămână de sarcină. Aceştia au putut dovedi

că evenimente percepute de mamă ca stresante în această perioadă produc un fel de *schimbare patologică la nivelul cerebelului*, susţinându-se astfel ideea că factorii stresori în prenatalitate pot contribui la dezvoltarea autismului la copil (Beversdorf et al., 2005).

O echipă de cercetători în frunte cu Ellis (1998) arată că deficitul sau excesul de hormoni androgen sau estrogen la nivel de creier duce la formarea identităţii sexuale. Ceea ce poate fi mai interesant este faptul că această cantitate de hormoni pe care mama o expune la nivelul corpului fătului este la rândul ei este în relaţie cu alţi factori psihosociali care sunt percepuţi de către aceasta ca stresori.

Evident că toate studiile menţionate confirmă ideea că emoţionalitatea mamei sau modul în care se adaptează emoţional sarcinii, influenţează stările afective ale viitorului copil, ducând chiar la dezvoltarea unor tulburări psihopatologice. Nu trebuie uitat însă că unele din aceste cercetări trebuiesc reconfirmate prin alte studii şi faptul că aceste influenţe nu trebuiesc luate într-un mod singular ci puse în legatură cu alte aspecte exterioare care ţin de alimentaţie, ingerarea de toxine etc.

2. Fătul ca individualitate psihică receptivă

2.1. *Stanislav Grof şi sistemele de experienţă condensată (COEX)*

2.1.1. Sistemele de experienţă condensată

Stanislav Grof, fondatorul psihologiei transpersonale, după o muncă de douăzeci de ani cu pacienţi psihiatrici şi folosindu-se de proprietăţile regresive ale LSD-ului, a ajuns să concluzioneze că tot ce experimentează fătul în cele nouă luni de sarcină este recepţionat şi stocat de către acesta, iar *experienţa naşterii este este prima şi cea mai importantă traumă a omului*.

S. Grof a constatat că există o serie de aminiri cu o puternică încărcătură emoţională, pozitivă sau negativă care se structurează în perioada fetală sau odată cu naşterea. Mai mult decât atât, aceste amintiri nu sunt prezente haotic la nivelul inconştientului, ci ele sunt grupate unele de altele în jurul unei teme de bază. Astfel de amintiri încărcate emoţional, cu elemente similare adunate în jurul unei tematici centrale, S. Grof le denumeşte *sisteme de experienţă condensată (COEX)*, un fel de clustere a căror tematică şi încărcătură emoţională variază de la un individ la altul.

Astfel de exemple care să integreze toate amintirile unui COEX pot fi anxietatea legată de anumite evenimente pe care psihicul le-a perceput şocante sau înfricoşătoare, sentimente de sufocare generate de circumstanţe opresive sau restrictive, *experinţe de deprivare sau respingere emoţională* sau emoţii în legătură cu situaţii în care individul s-a simţit umilit sau în care i-a fost compromisă stima de sine. Destul de frecvent sunt întâlnite emoţii şi amintiri care „rezumă şi condensează experienţa individului în legătură cu situaţii ce au presupus supravieţuirea în momente periculoase, care au pus în pericol sănătatea şi integritatea corpului" (Gof S., 1975, p. 47).

De asemenea, este de adăugat faptul că fiecare COEX are o anumită autonomie, astfel că influenţează într-un mod inconştient percepţiile subiectului asupra sa şi asupra lumii, mergând până la desfăşurarea emoţiilor la nivel somatic. Pentru a nuanţa şi mai mult teoria sa, el spune că aceste teme pot fi activate de evenimente din viaţa de zi

cu zi. Este un fel de relaţie biunivocă pe care conştientul o are cu inconştientul, realitatea exterioară cu cea interioară, un fel de confruntare prin care ambele se creează şi se transformă.

Cea mai importantă parte a unui COEX este experienţa miez, întrucât ea este prima experienţă înregistrată de psihic şi care devine baza unui astfel de sistem, un fel de *„matrice pattern"* în întipărirea pe mai târziu a unor evenimente subsecvente, asemănătoare. Aceste experienţe-miez sunt la rîndul lor răspunzătoare de evoluţia psihodinamică a individului. De asemenea, experienţa miez se găseşte la toate nivelurile unui COEX şi este o temă ce îngobează o cantitate semnificativă de emoţie, astfel că inconştientul unei persoane conţine mai multe constelaţii COEX.

S. Grof aminteşte aici despre experienţele prenatale şi perinatale care amplifică valoarea traumatică unui eveniment din copilărie similar ca şi conţinut, tocmai datorită reactivării acelei experienţe. Astfel, „odată ce o experienţă de tip miez este imprimată în psihic, ea va servi ca o matrice de memorie, astfel că experinţe similare de mai târziu sunt înregistrate într-o conexiune foarte apropiată de evenimentul original" (Grof S., 1975, p. 73).

Repetarea acestui proces de-a lungul vieţii, într-o formă inconştientă şi pe diferite straturi ale psihicului, nu face altceva decât să creeze o întreagă constelaţie inconştientă specifică acestui sistem. Cu alte cuvinte individul repetă inconştient pattern-uri emoţionale care s-au structurat cândva în psihicul său, recreând o temă care se află deja structurată.

Astfel, odată format COEX, acesta influenţează subiectul în a percepe mediul, în a experiementa lumea, îi influenţează atitudinile şi comportamentul. Mai mult decât atât, având în vedere anumite comportamente bazate pe atitudini *a priori* inconştiente, el generează la nivelul relaţiilor interpersonale, contra-reacţii complementare. Ceea ce rezultă este o replică întocmai a situaţiei originale care a format experienţa miez. Aşadar, noi avem tendinţa de a replica situaţiile traumatizante care ne-au afectat în perioada prenatală şi perinatală, dar şi în mica copilărie.

Desigur, experienţele miez se formează şi în perioada adolescenţei sau mai târziu în viaţă, însă autorul susţine faptul că acestea sunt mult mai puţine, individul având atunci capacitatea de a putea face faţă unor experienţe care s-ar constitui ca bulversante pentru psihicul său, tocmai datorită existenţei unui eu format, închegat şi a unei funcţii raţionale care explică pentru acesta evenimentul şi îl asimilează cognitiv şi într-o oarecare masură emoţional. Însă nu tot ceea ce este dureros se structurează într-o temă, dimpotrivă aici se pot găsi şi emoţii cu încărcătură pozitivă, astfel că intensitatea şi relevanţa emoţională sunt acele elementele care construiesc un nucleu în funcţie de care se structurează un întreg sistem de experienţă condensată.

S. Grof susţine că experienţa naşterii sau a ceea ce el numeşte *„traumatizarea perinatală"*, constituie una din sursele importante în dezvoltarea unei matrici emoţionale care să formeze mai târziu un COEX. Aşadar, „similaritatea dintre experienţa naşterii şi anumite evenimente traumatizante din viaţă ar putea permite descărcarea unei energii emoţionale şi instinctuale ce provine din aceasta traumă fundamentală a vieţii individului" (Grof S., 1975, p. 76).

Primele experienţe ale individului devin prioritare în formarea de teme sau nuclee energetico-informaţionale, astfel că experienţa prenatală şi experienţa naşterii sunt de o

importanță majoră pentru dezvoltarea psihologică a persoanei mai târziu în viață. Pe lângă faptul că nașterea este ceva natural, ea devine este o experiență care, în funcție de modul în care s-a desfășurat, de problematicile apărute, devine definitorie pentru psihologia individului.

2.1.2. Nivelul prenatal și perinatal al inconștientului

Unul din stadiile în care experiența fetală poate deveni o experiență care să stea la baza unui COEX, este chiar experiența din stadiul intrauterin sau prima matrice perinatală. Aceasta este legată de condiția originală a existenței intrauterine, acolo unde fătul și mama trăiesc ca într-un fel de simbioză. Aici condiția fătului este una care implică securitate, protecție și satisfacerea necondiționată a nevoilor.

Însă, această lume poate fi perturbată de foarte mulți factori care ar putea genera o experiență traumatizantă pentru făt. Dintre cauze S. Grof identifică: bolile intercurente, alimentația, folosirea tigărilor sau a alcoolului, infecții în perioada de sarcină etc., dar și cauze care țin de factori psihologici, printre care amintește *anxietatea cronică, tensiunea și stresul emoțional sau respingerea fătului*.

Deși se credea inițial că acești factori ar implica doar posibile efecte la nivel somatic, rezultatele din sesiunile în care s-a folosit psihoterapia cu LSD au arătat că efectele se disting și la nivel psihologic, ele fiind puse în relație cu dezvoltarea viitoarei personalități stabile. De asemenea, aceste tipuri de experiențe influențează mai târziu și legătura care se stabilește între mamă și copil.

Așadar, nu trebuie deloc ignorat faptul că experiențele din perioada de sarcină se pot constitui ca experiențe miez, în sensul în care înmagazinate mnezic mai ales sub aspect emoțional, ele pot îngloba cu sine o energie specifică ce afectează dezvoltarea pe mai departe a personalității. De fapt, Grof S. vorbește de patru matrici perinatale, dintre care trei sunt în legatură nemijlocită cu experiența nașterii. Modalitatea în care fătul experimentează mediul intrauterin și experiența nașterii constituie aici puncte de maximă consistență în formarea de experiențe de tip COEX. El spune că nașterea ca proces fiziologic produce o cantitate de stres fizic și emoțional care este incomparabil mai mare cu orice traumă postnatală, cu excepția formelor de violență fizică extremă. Nașterea „rămâne înregistrată în memoria noastră în cele mai mici detalii până la nivel celular și are un efect profund asupra dezvoltării noastre psihologice" (Grof S., 2005, p. 48).

Retrăirea nașterii sub aspect experiențial poate scoate la suprafață anxietatea, durerea fizică, sufocarea pe care am trăit-o în acele momente sau se poate ușor observa dacă am avut o naștere cu prezentație pelvină, dacă am avut circulară pericervicală de cordon sau au existat alte problematici.

Din experiența lui cu persoanele regresate până la nivelul nașterii, S. Grof a observat că în timpul retrăirii experienței puteau să apară vânătăi în anumite zone ale pielii, umflături sau alte modificări vasculare dacă s-a folosit forcepsul sau dacă persoana a avut cordonul ombilical în jurul gâtului, fapt care, în opinia sa conduce la afirmarea ipotezei că memoria poate avea și o componentă celulară. Din acest punct de vedere el spune că „nașterea este prima provocare importantă cu care ne confruntăm și prima situație foarte stresantă și dureroasă. *O excepție posibilă de la această regulă ar putea fi situațiile în care crizele severe au avut deja loc în timpul experienței embrionale* (...)

Felul în care sunt conduse naşterea şi perioada postnatală are o influenţă profundă asupra vieţii emoţionale şi sociale a individului şi importante implicaţii pentru viitorul societăţii noastre" (Grof S., 2005, p. 129).

Tot la acest nivel el remarcă legătura directă care există între naştere şi moarte. Ceea ce se întâmplă în acele momente pun în pericol viaţa fătului şi a mamei, fiind o ameninţare reală la adresa vieţii, mai ales dacă avem de-a face cu diverse complicaţii (prezentaţie pelvină, placenta praevia), evenimente care pot creşte riscul acestei anihilări. La aceste lucruri se daugă faptul că fătul „moare" ca fiinţă anaerobă care se hrănea prin intermediul cordonului ombilical şi se „naşte" ca fiinţă aerobă ce trebuie să caute sânul mamei pentru a se hrăni. Naşterea este un fenomen „brutal" – este de părere S. Grof – însă deosebit de semnificativ pentru viaţa individului, întrucât ceea ce este întipărit atunci este repus în viaţă sub alte forme.

La nivelul psihicului sunt întipărite în inconştient senzaţii fizice, emoţii incomplet trăite sau mult prea puternice, imagini şi simboluri din cele patru stadii prin care fătul trece. Astfel, dacă primul stadiu este esenţialmente cel al perioadei intrauterine, celelalte trei sunt stadiile prin care trece fătul odată cu declanşarea naşterii biologice.

Întrucât această experienţă nu este complet asimilată psihic în momentul apariţiei ei, şi întrucât *fătul nu poate exprima emoţii extreme*, ea rămâne întipărită psihologic ca un eveniment incomplet asumat, astfel că refacerea ei sub diferite forme capătă o valenţă individuală prin punerea individului în contact cu ceea ce se întâmplase în momentul naşterii sale dar şi punerea în contact cu dimensiunea spirituală a psihicului – dacă este să ne gândim la diversele forme simbolice prin care acest proces al naşterii apare în diferite culturi şi în diferite timpuri –, fiind un element care ţine de o experienţă colectivă. S. Grof spune că „confruntarea experienţială cu naşterea şi moartea par să conducă automat la o deschidere spirituală şi la descoperirea dimensiunilor mistice ale psihicului şi existenţei" (Gof S., 2005, p. 49).

Din acest punct de vedere, retrăirea naşterii este foarte importantă din perspectiva spirituală, individul venind în contact nemijlocit cu partea spirituală, mistică, simbolică a fiinţei sale, moment extrem de important pentru evoluţia sa spirituală. La acest nivel individul poate veni în contact şi cu arhetipurile, pattern-uri comune întregii umanităţi de oriunde şi din orice timp dar şi cu alte energii care depăşesc sfera sa personală, acesta fiind unul dintre motivele pentru care el propune un alt model de cartografiere a psihicului uman, în care nivelul prenatal şi perinatal să aibe importanţa lui în ansamblul hărţii psihice a omului.

2.2. Comunicarea tactilă şi haptonomie

2.2.1 Importanţa comunicării tactile

Comunicarea tactilă, în toate formele ei, este un vector ce indică legătura emoţională dintre mamă şi copil. J. Condon spune despre comunicarea tactilă că este unul din *indicatorii dimensiunii prin care se caută prezenţa obiectului iubirii*, în cazul de faţă copilul. Această dimensiune este una dintre cele cinci care definesc în termenii lui J. Condon ataşamentul prenatal, prin urmare ea este un indicator al ataşamenului mamei faţă de copil (Condon J., 1993).

Atingerea face parte din acele comportamente aproape instinctive care oferă copilului şi fătului acel sentiment de securitate, însă ea a pierdut foarte mult din intensitatea care o avea altădată, aşa cum stau să o confirme studiile. Astfel, Konner (1976) este unul dintre acei cercetători care reuşesc să facă un studiu comparativ privind atingerea copiilor mici în Statele Unite şi la populaţia Kung din deşertul Kalahari (apud. Tronick E. in Field T., 1995). El a observat copiii nou-născuţi, între 3 şi 6 luni erau cu mult mai în contact fizic la populaţia Kung decât în Stalele Unite, astfel că dacă primii erau în contact fizic cu cineva aproximativ 75% din timp, contact care scădea uşor după nouă luni, ceilalţi petreceau doar 30% din timp în contact fizic cu cineva apropiat.

De asemenea, Tronick, Morelli şi Ivey (1992) (Tronick E. in Field T., 1995) întreprind un studiu comparativ în legătură cu contactul fizic la o populaţie primitivă, studiu prin care erau urmăriţi copii până la vârsta de trei ani. Astfel, dacă până la un an copii erau în contact cu mama 50% din timp, acesta scădea la 10% după vârsta de trei ani. Au fost observate două tipuri de contact fizic: atingerea pentru îngrijire şi atingerea afectivă. În ambele tipuri de atingere, dar mai ales în cazul atingerii afective, după vârsta de trei ani ea era oferită de mamă şi de ceilalţi membri ai comunităţii.

Este clar că atingerea are rolul ei, fie că este vorba de mângâiere şi iubire, atingere pentru a oferi securitate sau pentru îngrijire, ea este o componentă ce relevă legătura emoţională pe care mama o are cu copilul, iar populaţiile primitive ne arată acest lucru. Acest fapt ne face să reflectăm la cât de importantă este atingerea după naştere. Cât de important este ca, copilul odată născut să fie pus imediat pus lângă mama sa pentru a îi simţi pielea şi a avea sentimentul apartenetei şi siguranţei. Dar această abilitate se dezvoltă în perioada de sarcină cînd mama conştient sau nu îşi atinge burta şi fără să ştie comunică într-un fel unic cu propriul copil încă nenăscut.

2.2.2. Haptonomia

Un alt promotor al relaţie mamă-făt este Frans Veldman, întemeietorul unei discipline numită *haptonomie*. La baza ei stă atingerea, aşa cum însuşi cuvantul „hapis" semnifică. Velman F. spune că toate celelalte simţuri ale omului derivă din pipăit, inclusiv afectul, şi că lumea modernă în care trăim şi-a pierdut facultatea de „a atinge" şi de a „se atinge".

Haptonomia promovează nu doar o simplă atingere ci o atingere în care este implicată întreaga persoană, o atingere impregnată afectiv prin care se confirmă existenţa celuilalt. Prin intermediul acestui tip de atingere Veldman F. le invaţă pe tinerele mame să se atingă ca şi cum ar atinge fătul, prelungindu-se spre el în jurul lui. Printr-o astfel de comunicare se produce un schimb tactil şi afectiv între mamă şi făt, un schimb ce se observă imediat odată cu mişcarea acestuia din urmă în uterul matern. Această capacitate de care dispunem este, după parerea lui, de cele mai multe ori inconştientă, iar punerea ei în joc nu se face nicidecum printr-un efort de concentrare a voinţei ci printr-o legătură naturală, firească, ce se stabileşte între mamă, tată şi făt.

Astfel, Velman F. consideră că haptonomia este *fundamental legată de dezvoltarea aşamentului* ca şi comportament instinctiv al fiinţei umane încă din starea de făt (apud. Martino B., 2002, p. 60). Ca urmare acestei comunicări tactile implicate, fătul

obține acea *„securitate de bază"*, adică acea stare de siguranță ce apare ca urmare a relației dintre cei doi și care este precursoarea dezvoltării pe mai departe a relației de atașament. El susține că „atunci când fătul este încordat, crispat, ignorat de mamă în timpul sarcinii, contactul afectiv interior nu există, iar dezvoltarea atașamentului este blocată" (Ibid.), atingerea este extrem de necesară. Nu este o simplă comunicare între mamă și făt ci este o comunicare implicată emoțional, care este deosebit de necesară fiecăreia dintre părți. Într-un anumit fel mama primește semnale că fătul este bine, în legătură cu disponibilitatea ei maternă, în legătură cu ceea ce este și ceea ce va fi ea ca mamă și îi dezvoltă fătului acel sentiment de securitate bazală. Prin urmare, pentru Velman F. relația mamă-făt este o relație încărcată de implicare afectivă și încurajată de simțul tactiv, fapt ce dezvoltă acel sentiment de siguranță primară prin care fătul se simte acceptat, simte prezența continuă a mamei, se simte iubit, lucruri ce duc mai departe către dezvoltarea relației de atașament.

Nu este rolul expunerii de față în a prezenta tehnicile haptonomice, ci încercăm pe cât posibil să demonstrăm rolul relației dintre mamă și făt pe întrega perioadă a sarcinii, ceea ce are importanță asupra legăturii emoționale care se stabilește între mamă și făt înainte de naștere, un fel de comunicare emoțională despre care se știe prea puțin.

3. Copilul mic ca individualitate psihică receptivă

Thos B. Brazelton, a fost printre pediatrii care au studiat mai îndeaproape relația dintre mamă și copil mic. Observațiile îndelungate făcute de acesta asupra relației dintre cei mamă și copilul mic l-a condus la părerea că, de cele mai multe ori, copilul este un participant activ în cadrul acestei relații: el nu doar răspunde la solicitările mamei, ba mai mult este solicitant în această relație.

Pentru a defini profunda interacțiune dintre copilul mic și mama sa, T. Brazelton a creat termenul de *„înveliș"* în sensul unui așa-numit mediu protector în care mama îl va ține, îl va privi, îi va vorbi. El afirmă că acest „înveliș" nu apare odată cu nașterea, ci este *un continuum firesc al relației care se structurează între cei doi de-al lungul sarcinii.*

După cum se știe fătul se obișnuiește în uter cu o multitudine de stimuli exteriori cum ar fi zgomotele, muzica, vocea mamei sau a tatălui și chiar cu stimularea vizuală, fiind practic în măsură să simtă dispoziția mamei și să reacționeze, fapt ce-i conferă un anumit activism în relație și o anumită capacitate de a se adapta.

Viziunea lui T. Brazelton este radical diferită de teoriile clasice ce vedeau copilul mic o ființă pasivă, „un obiect" care este total la îndemâna influențelor mediului pe de o parte sau la îndemâna activității reflexe mezencefalice pe de altă parte. Centrarea pe relația mamă-copil mic oferă o perspectivă distinctă în care acesta din urmă se contituie ca un participant activ în relație. Prin urmare, el este atent la tot ceea ce se petrece în jurul său și reacționează sau se adaptează în funcție de situație, iar acest lucru spune T. Brazelton, se întâmplă tocmai datorită „învelișului". El este capabil să perceapă expresia feței mamei, să-i urmărească tonul vocii, să intoarcă capul în direcția acestuia și chiar să facă un efort în a ramâne treaz atunci când i se vorbește.

Prezența acestui „înveliș" este confirmată tocmai de „violarea" lui, adică de acele momente când mama, printr-un efort de voință sau dimpotrivă, nu mai menține „trează"

această interacțiune. Ceea ce se întâmplă atunci cu copilul este greu de explicat, T. Brazelton punând efectele manifestărilor sale pe seama unei *emoții cu mult mai puternice decât o carența afectivă* (apud. Martino B., 2002, p. 118).

Pentru a demonstra prezența „învelișului" el recurge la un experiment în care o mama este rugată să adopte voit acea „față înțepenită" care să nu exprime nimic, însă după ce inițial a relaționat corespunzator cu copilul său. Efectul a fost mai mult decât edificator. La vederea mamei în această ipostază, copilul depune un efort considerabil pentru a-i atrage atenția și pentru a o forța să reacționeze. Sentimentul de nedumerire este urmat de zâmbete, țipete și alte gesturi menite să-i stârnească o reacție. Devenind tot mai speriat, el izbucnește în plâns, facând tot felul de gesturi care îi arată starea disperată în care se găsește.

În astfel de situații sentimentele unui copil mic sunt evident strâns legate de modalitatea de relaționare a mamei. Faptul de a fi mai puternic resimțite de acesta decât o carență afectivă, este justificat de această ambivalență a mamei în relație cu el: pe de o parte mama se afla cu fața spre el și pe de altă parte nu reacționează în nici un fel, ceea ce se suprapune peste *„consistența"* relației dintre cei doi, peste „consistența" așa-numitului „înveliș" care s-a format și structurat înainte de naștere.

Acest „inveliș" îi este necesar atât copilului cât și mamei. Prin intermediul său el se simte în siguranță, altfel ar fi întru-totul influențat fie de propria activitate reflexă mezencefalică, fie ar fi la dispoziția mediului care ar pune în pericol activitatea sa neuropsihică, ce se află încă în plină dezvoltare. Prin urmare, copilul nu se naște total pregătit pentru a face față vieții, dar nici total nepregătit și acest lucru este demonstrat de prezenta acestui „înveliș" conform căruia participarea sa activă îl ajută să recepționeze stimuli ce-i asigură o dezvoltare corespunzătoare mediului în care trăiește și prin care el este capabil de învățare.

Teorii recente clarifică poziția de receptor, uneori implicat în relație a fătului și apoi a nou-născutului, prin masurători efectuate asupra undelor creierului. Ceea ce s-a constatat a subliniat firește rolul mediului și invariabil al mamei asupra copilului. Astfel, în perioada prenatală, în ultimele patru luni a acesteia și primii doi ani din postnatalitate creierul se află sub imperiul undelor delta, care la adult se asociază stării de somn. După doi ani și până la șase ani nivelul undelor se schimbă, undele delta trecând în theta, stare asociată adultului cu momentele de întrepătrundere dintre somn și veghe. Faptul semnificativ este că, aceste unde se găsesc și în starea de transă hipnotică, astfel că tot ceea ce se recepționează atunci rămâne stocat în memorie, individul fiind doar un receptor pentru informația care nu este procesată. Putem deduce de aici, că atât fătul cât și copilul mic sunt receptori exclusivi ai informației, tot ce se recepționează în prenatalitate având influență mai târziu, postnatalitatea funcționând ca un continuum al perioadei prenatale. Dacă informația are un caracter emoțional puternic, dacă vine direct de la mamă, atunci putem deduce ce se petrece cu un nou-născut în condițiile în care ca și făt se simte dorit sau invers.

CAPITOLUL 3:
Impactul experienţei prenatale asupra fătului şi rolul ei în dezvoltarea psiho-emoţională a copilului

Acelaşi Thomas Verny povesteşte cazul unei fetiţe, Kristina, care deşi nascută sănătoasă şi robustă, dovedea la început dezinteres în a suge la sânul matern, refuzându-l. Îngrijorarea medicilor şi a mamei că ar putea fi bolnavă a fost repede spulberată de faptul că bebeluşul a manifestat apetenţă atunci când i s-a dat să sugă la biberon. Ceea ce părea la început a fi o aberaţie, pe parcurs s-a dovedit că nu era deloc aşa chiar şi prin faptul că de fiecare dată când mama îi oferea sânul, ea îl refuza. După multe zile medicii au încercat un experiment, plasând copilul în timp ce dormea la sânul altei mame care tocmai născuse. Fără a manifesta niciun fel de comportament de respingere, Kristina a început să sugă la sânul care îi era străin. Nu a durat mult timp până când cel care conducea echipa medicală, discutând cu mama a aflat că ea nu dorise să ramână însărcinată, ci mai mult decât atât dorise să avorteze. Acest lucru a fost esenţial în a stabili că nu existase o legătură afectivă între mamă şi făt, fapt ce ducea astfel la refuzul bebeluşului în a primi sânul.

Suprinsă deasemenea constatări, echipa medicală a concluzionat că Kristina suferise un şoc emoţional atunci când s-a aflat în uter, iar acum nu făcea decât să se apere de propria mamă. Era un comportament aberant la prima vedere, însă el avea profunde semnificaţii psihologice.

Acesta este unul din multiplele exemple şi experimente care i-a determinat pe mulţii specialişti în psihologie prenatală să ajungă la concluzia că legătura emoţională care se stabileşte între mamă şi făt, mai ales în ultimele trei luni de sarcină sau în primele zile după naştere, este hotărâtoare în dezvoltarea unei relaţii transfomatoare între cei doi şi în dezvoltarea emoţională pe mai departe a copilului. Este important atunci să ne punem întrebarea în legătură cu cauzele unei comunicări inadecvate dintre mamă şi făt. Spre exemplu, una din explicaţii ar fi aceea că o boală ca schizofrenia face aproape imposibilă legătura emoţională dintre cei doi şi prin urmare copiii unor mame diagnosticate cu schizofrenie au probleme fizice şi emoţionale (v. Verny T., 2006, p. 66).

Aceste lucruri ne fac să ne gândim serios la existenţa unei posibilităţi prin care informaţia, în acest caz de ordin emoţional, este cumva stocată la nivelul psihicului unui copil în perioada intrauterină. Ceea ce este mai important este faptul că el recepţionează şi înmagazinează informaţii nu doar în legătură cu ataşamentul mamei, cu faptul dacă este dorit sau nu, ci un cumul de informaţii despre mamă şi mediul în care aceasta trăieşte, informaţii care sunt stocate chiar la nivel celular. Din acest motiv ne propunem pe mai

departe să discutăm în legătură cu modalităţile de comunicare între mamă şi făt şi să evidenţiem, ultimele cercetări în ceea ce priveşte stocarea informaţiei în perioada prenatală.

1. Căi de comunicare dintre mamă şi făt

Pentru prima dată un grup de psihologi coordonaţi de Frank Lake a considerat experienţele prenatale ca fiind de o influenţă considerabilă asupra fătului, tocmai datorită faptului că sunt primele experienţe pe care acesta le recepţionează de-a lungul vieţii sale. Astfel, ajutându-se de tehnicile regresiei hipnotice, F. Lake a observat că unele evenimente pe care pacienţii lui le scoteau la suprafaţă în timpul regresiei hipnotice erau experienţele pe care aceştia le aveau în legătură cu mama.

De atunci şi până astăzi cercetările în domeniul prenatalităţii s-au extins foarte mult, specialişti în domeniu vorbind de căi diferite prin care informaţia din mediu sau de la mamă ajunge să fie recepţionată de către copil.

1.1. Comunicarea mamă-făt prin receptori biochimici

În mod obişnuit se ştie că oricărei emoţii îi este asociată o cale bio-chimică, astfel încât fiecare trăire emoţională declanşează şi o modificare la nivelul biochimismului organismului. Aceste substanţe, în contextul prenatalităţii, ajung de la mamă la făt (sau de la făt la mamă) prin intermediul cordonului ombilical şi al placentei. În sensul cel mai general atunci când ne gândim la ele, vorbim despre hormoni, care sunt asociaţi stărilor de furie, frică, iubire, sexualitate, stres şi neurotrasmiţători ca endorfinele, care sunt asociate durerii, senzaţiei de foame şi de asemenea anumitor stări de stres (Mulder et al. apud. Parcutt R. in McPherson G., 2006).

Domeniul bio-chimiei s-a extins în ultimii ani, astfel că prezenţa anumitor substanţe în organism diferă foarte mult de caracteristicile stimulului, de contextul în care acesta apare precum şi de structura persoanei. R. Parcutt afirmă că „furia mamei, spre exemplu, poate fi transmisă fătului ca urmare a unei înalte valori a cortisolului şi adrenalinei dar şi unei joase valori a nivelului dopaminei şi serotoninei, substanţe care prezente în acesta formă la mamă, sunt comunicate prin placentă şi cordon ombilical fătului" (Parcutt R. in McPherson G., 2006).

De asemenea, însuşi mediul intrauterin include în compomenţa sa hormoni ce influenţează dezvoltarea la făt a regiunii hipocampului şi a nucleului amigdalian.

1.2. Comunicarea mamă-făt prin receptori senzoriali

De-a lungul perioadei de sarcină se dezvoltă mai mute capacităţi senzoriale, care au rol în comunicarea pe care mama o stabileşte cu fătul. În legătură cu acest aspect, se cunosc dovezi dintre cele mai diferite care confirmă faptul că *simţul tactil* este primul simţ care se dezvoltă la făt şi care apare în aproximativ *7 saptămâni după gestaţie*. Având la început o pregnanţă deosebită în zona feţei, se extinde destul de rapid, astfel că la 17 săptămâni acest simţ este disponibil pe întrega suprafaţă a corpului.

Testarea cu ultrasunete situează spre exemplu *simţul gustului la 14 săptămâni*, în timp ce *simţul auditiv apare la 16 săptămâni* şi continuă sa se dezvolte până la 24 de săptămâni, „fapt ce arată natura complexă a ascultatului, care include recepţionarea de vibraţii prin intermediul pielii, oaselor, sistemului vestibulator şi urechii" (Chamberlain D., 1998, p. 25). Descoperirea acestui fapt a fost destul de surprinzătoare pentru lumea ştiinţifică, întrucât arătă că fătul poate auzi tot ceea ce se întâmplă cu el şi pe lângă el timp de 6 luni înainte de naştere.

Dezvoltarea senzorialităţii a fost studiată şi la alte specii de animale, descoperindu-se că şi la anumite specii auzul era dezvoltat înainte de naştere la fel ca la om. Acest fapt a suscitat o serie de întrebări referitoare la rolul timpuriu al simţului auditiv în supravieţuirea speciei, constituindu-se ca factor important în adaptarea noului individ la mediu. În acest sens, D. Chamberlain declară că, chiar din primele luni de sarcină fătul posedă o capacitate senzorială care este legată de instinctul de explorare. El este de părere că această descoperire conform căreia bebeluşii ar avea un simţ auditiv extrem de dezvoltat, a fost o surpriză pentru psihologii care credeau că instinctul alimentar era unul dintre instinctele de bază care definesc comportamentul uman.

R. Parcutt susţine ipoteza conform căreia dezvoltarea senzorialităţii auditive în perioada prenatală este cauza indirectă a formării ataşamentului dintre mamă şi făt. Astfel, tocmai datorită dezvoltării acestei capacităţi fătul poate distinge vocea mamei din mai multe voci şi poate recunoaşte sau prefera după naştere o poveste care i-a fost repetată în timp ce stătea în uter. Mai mult decât atât, acest fapt arată, conform unor alţi autori, o abilitate de a înregistra informaţia. Ea ţine de anumite aspecte ale limbajului vorbit, care au legătură cu intonaţia, tonul, conturul, stimuli care „informează pe cel care ascultă despre intensitatea şi emoţiile celui care vorbeşte, abilităţi care se dezvoltă înainte de naştere" (Childs et al. apud. Parcutt R. in McPherson G., 2006).

Simţul vizual se dezvoltă şi el înainte de naştere însă nu este total adaptat. Abia după naştere se fundamentează în adevarata sa valoare. Se întâmplă astfel întrucât abia după naştere copilul, ieşind dintr-un mediu în care nu erau stimulări vizuale, intră într-un alt mediu unde există o stimulare senzorială aproape neîntreruptă, semicircuitată de o activitate mezencefalică. În acest cortext noul-născut este pus în situaţia de a dezvolta noi conexiuni neuronale şi de a concentra şi dezvolta activitatea unor noi centri.

Dezvoltarea acestor simţuri îl face pe făt capabil să posede o aşa-zisă *„stare de conştienţă"*. Acest fapt remarcabil a fost prezentat pentru prima dată în anul 1995 în cadrul unui Congres Internaţional de Medicină şi Psihologie Prenatală şi Perinatală. Atunci a fost prezentat cazul unui făt care se retragea din calea acului, în timp ce mamei i se făcea testul amniocentezei. Pentru a se convinge de veridicitatea datelor, echipa medicală a repetat testul şi fătul a reacţionat în aceeaşi manieră. Datorită acestui fapt dar şi altor cercetări ulterioare, D. Chamberlain susţine ideea că „chiar din uter, copilul este capabil de a răspunde cu sens experienţei" (Chamberlain D., 1998, p. 11).

S-a mers şi mai departe, demonstrându-se nu doar reacţii de mişcare ale fătului atunci când se făcea testul aminocentezei, ci şi o creştere a bătăilor inimii sau o stare de nemişcare ce persista o perioadă de timp, ce sugera trăirea unei emoţii de teamă sau şoc. Totodată, au fost sesizate stări de „alarmă" interioară a fătului la zgomote puternice, accidente de maşină, cutremure sau vizionarea de către mamă a unor scene cu caracter terifiant.

Aşadar, este de reţinut faptul că fătul nu este la naştere o fiinţă total dezadaptată, ci o mică persoană care intrând în contact cu stimulii exteriori încă din perioada prenatală, ajunge uşor să li se adapteze. El este o fiinţă deja adaptată, ce vine pe lume cu întregul potenţial pe care îl poate avea un om în ceea ce priveşte senzorialitatea.

2. Creierul emoţional şi modularea informaţiei

Aşa cum am afirmat anterior, măsurători care au fost efectuate asupra undelor creierului la făt au evidenţiat că încă din luna a şasea de sarcină, creierul răspunde la stimuli variaţi: tactil, auditiv sau chiar gustativ. Desigur, plecând de aici s-a pus problema dacă fătul poate avea şi capacitatea de a învăţa sau dacă poate suferi.

Dat fiind noua definire a creierului pe care neurochirurgul australian Richard Bergland a dat-o, numindu-l *„o glandă gigant"*, datorită producţiei de hormoni sau a receptorilor pentru anumiţi hormoni care sunt produşi altundeva în corp, creierul a putut fi văzut dintr-o altă perspectivă.

Astfel, s-a ajuns la concluzia că legăturile neuronale insuficient dezvoltate în această perioadă nu sunt cele care primează ci dimpotrivă anumiţi receptorii ce se găsesc la nivelul creierului şi care sunt specilizaţi în detectarea de hormoni. Aici un loc special îl ocupă *neuropeptidele* (v. Pert C., 1999), compuşi amino-acizi cu funcţie informativă produşi de celulele gliale şi de către hipotalamus, care sunt bază fiziologică a emoţiilor. Acestea sunt un fel de mesaje moleculare ce duc semnale sau comenzi de la creier spre fiecare celulă a corpului prin fluidele acestuia şi de asemenea aduc mesaje de la corp spre creier.

Totodată, aceşti compuşi amino-acizi par a se potrivi perfect în receptori specializaţi, care se găsesc pe suprafaţa tuturor celulelor din corp, inclusiv cele ale sistemului imunitar, ale sistemului endocrin şi la nivelul sistemului nervos vegetativ. La rândul său sistemul nervos vegetativ reglează multe funcţii ale corpului care au loc involuntar, cum ar fi pulsul, respiraţia, digestia, circulaţia sângelui, funcţii care la rândul lor sunt controlate de neuropeptide.

Descoperirea neuropeptidelor a permis cercetătorei Candace Pert să expună în lumea medicală teza conform căreia neuropeptidele leagă cele trei sisteme: nervos, endocrin şi imunitar. Ce se naşte de aici este un fel de reţea de inteligenţă care acţionează la nivelul întregului organism. Acest sistem de molecule-mesager şi receptori pentru astfel de molecule este după ea *„o reţea psihosomatică de comunicaţie"* sau mai bine spus legătura dintre minte, emoţii şi corp.

Neuropeptidele fac parte din acea categorie de molecule care poartă denumirea de liganturi, la fel ca neurotrasmiţătorii (norepinefrina, dopamina, serotonina etc.) sau steroizii (testosteron, estrogen etc.) produşi bio-chimici ce se mişcă în spaţiul extracelular şi care se potrivesc asemeni unor „chei" miilor de receptori de pe suprafaţa celulei. Procesul este în aparenţă simplu prin faptul că un ligant îşi face loc să intre într-un receptor specializat de pe suprafaţa celulei, aranjându-se în aşa fel încât informaţia cu care vine să poată să intre în celulă. Acest fapt poate modifica dramatic starea celulei prin dezvoltarea de noi proteine, diviziunea celulară, închiderea sau deschiderea altor canale de comunicare, adăugarea sau micşorarea dezvoltării de grupuri chimice, energetice cum ar fi de exemplu fosfaţii.

C. Pert spune că în fapt lucrurile capătă conotații mai complexe deoarece o neuropeptidă nu se potrivește oricărui receptor de pe suprafața celulară iar „acest proces al potrivirii dintre un ligant și un receptor este foarte selectiv și foarte specific, întrucât receptorii nu sunt deschiși decât la liganturile pentru care sunt specializați" (Pert C., 1999, p. 24).

Cercetări în materie de bio-chimie celulară au relevat existenta la nivelul creierului și a măduvei spinării a unor aglomerații de celule neuronale numite *„nuclei"* care, potrivit specialiștilor, sunt surse ale comunicării minte-corp. Aceste clustere posedă o cantitate foarte mare de celule, cu mii de receptori specilizați în recepționarea de neuropeptide. Dacă luăm în calcul că un astfel de „nucleu", aflat în zona șirei spinării și specializat în recepționarea și selectarea unei cantități mari de informații senzoriale care vine din exterior, face direct sinapsă cu sistemul nervos, și că tot el este direct răspunzător de recepționarea de informații neuropeptidice de la creier, atunci ne putem da seama ce și cât din această cantitate senzorială va ajunge se fie prelucrată de cortex și să devină conștientă.

C. Pert, de-a lungul numeroaselor studii pe care le-a întreprins, a ajuns la concluzia că „aceste puncte nodale par a fi create tocmai pentru a fi accesate și modulate de aproape toate neuropeptidele în munca lor de a procesa informația, selectând informația prioritară și asamblând-o pentru a conduce schimbări neuro-fiziologice unice" (Pert C., 1999, p. 142). Prin urmare, modul de selecție în care informația vine spre cortex devenind conștientă, ține de calitatea și cantitatea receptorilor de la aceste puncte nodale. Însă, acestea sunt determinate la rândul lor de foarte multe lucruri, „de la experiența pe care persoana a avut-o ca și copil, până la felul și cantitatea de mâncare care pătrunde în organism în acea zi" (Ibid.). Astfel, omniprezența receptorilor pe traiectele ce fac legătura dintre axonii nervilor cranieni și rețelele celulare fac ca informația să fie oprită, diminuată, selecționată sau amplificată, iar decizia în acest sens este mediată de receptorii pentru neuropeptide și în ultima instanță de aceștia.

Nu este de mirare atunci că ceea ce percepem prin intermediul simțurilor ajunge la conștiință într-o modalitate selectivă și influențată, o împletire complexă de emoții și senzații, într-o rețea bidirecțională, unde atât emoțiile prin intermediul neuropeptidelor pot influența percepțiile noastre, care ajungând la cortex, declanșează un anumit flux informațional neuropeptidic.

Dacă e să ținem cont de tot ce aduc nou neuropeptidele în munca lor de prelucrare a informației senzoriale, de faptul că ele se găsesc în tot organismul și reprezintă baza moleculară a emoției, atunci este evident rolul hotărâtor pe care îl au în dezvoltarea emoțională a fătului. Întrucât mama comunică direct cu fătul, neuropeptidele dezvoltate de mamă intră și ele în organismul fătului, producând schimbări neuro-fiziologice care, încă de la inceput, se pot constitui ca bază a dezvoltării emoționale a copilului de mai târziu.

Ca atare, este de o importanță covârșitoare ceea ce trăiește mama în această perioadă de nouă luni, a modului în care s-a structurat ea din punct de vedere al traseelor neuronale asociative din copilărie și până în acest moment. Nu întâmplător mama a trăit ca și copil într-un anumit mediul, nu întâmplător ea a ales mediul în care acum trăiește și nu întâmplător viitorul copil se adaptează acestui mediu, dezvoltând aceleași procese bio-chimice de adaptare la acesta. Însuși fătul „percepe" mediul având aproximativ aceași

bază neuropeptidică a mamei cu care este în legătură nemijlocită. Însă ceea ce pare a fi cel mai semnificativ ca şi descriere atunci când ne referim la aşa-zisă *„starea de conştienţă"* a fătului a fost descoperierea la nivelul creierului a unor multitudine de clustere de receptori ai neuropeptidelor, atât de numeroase încât a determinat-o pe C. Pert să considere însuşi *creierul o parte a sistemului limbic*.

Iată cum perspectiva asupra creierului şi implicit asupra proceselor psiho-fiziologice se schimbă aproape radical, accentul instituit pe dezvoltarea structurilor neuronale fiind astfel o teorie ce necesită corecturi. Se pare că prenatalitatea capătă valenţe din ce în ce mai largi, iar descoperirea neuropeptidelor ca substanţe cu caracter informaţional aruncă o nouă lumină asupra problematicii memoriei la făt.

Avem aici de-a face nu doar cu receptori neuropeptidici ci un intreg sistem alcătuit din subsisteme care au ca şi componente celule inteligente cum ar fi cele produse de sistemul imun, celule care la rândul lor produc neuropeptide sau endorfine, fapt care ne face să ne gândim serios la emoţiile pe care le trăieşte mama în timpul sarcinii, la consistenţa şi repetiţia lor, emoţii ale căror fiziologie este recepţionată într-un mod direct la nivel celular şi de către făt.

3. Memorie celulară şi mecanisme epigenetice

Cercetări recente în domeniul epigeneticii si al biologiei celulare par să rezolve dilema dintre înnăscut si dobândit ca parte integrantă a dezvoltării umane. Deşi, odată cu descoperirea genomului uman marea majoritate a oamenilor de ştiinţă ajunseseră la concluzia că tot ceea ce suntem este influenţat de genetic, astăzi se pune din ce în ce mai frecvent problema că o bună parte din ceea ce suntem se datorează mediului, care are calitatea extraordinară de a influenţa geneticul.

Fundamentele acestei idei stau la baza ultimelor cercetări în materie de biologie celulară care au demonstrat faptul că, stimulii din mediu controlează activitatea genelor. În cartea sa *„The biology of belief"*, Bruce Lipton, specialist în biologie celulară, arată foarte evident prin numeroase studii, rolul hotărâtor pe care-l are mediul în tot acest demers şi în special în perioada prenatală concluzionând: „capacitatea de răspuns a indivizilor la condiţiile de mediu percepute de mamele lor înainte de naştere le permite să-şi optimizeze dezvoltarea genetică şi fiziologică pe masură ce se adaptează la mediul înconjurător perceput" (Lipton B., 2007). Este ceea ce în termenii biologiei celulare se numeşte *mecanisme epigenetice*. Aşadar, dacă până acum se credea că doar geneticul primează, studii tot mai recente demonstrează importanţă mediului intrauterin care declaşează numeroase mecanisme la nivel celular, ce conduc la modificări de biologie celulară.

S-a demonstrat astfel că, scoţând nucleul dintr-o celulă, aceasta poate funcţiona normal, adaptându-se chiar şi până la patru luni: respiră, face schimb de substanţe, se protejează de facorii nocivi, reacţionează la ei, etc. Acest lucru a dus o nouă provocare în lumea ştiinţifică care a început să-şi pună noi întrebări în ceea ce priveşte rolul genomului (nucleului celular) considerat „creierul" celulei şi inerent cel care coordonează toate activităţile la nivel celular şi fiziologic.

După multe cercetări s-a ajuns astfel la concluzia că membrana are un rol la fel de important în adaptarea organismului la mediu şi în reglarea dinamicii la nivel intracelular

ca şi genomul. Aşadar, nu doar genomul influenţează creşterea şi dezvoltarea într-un anumit fel, ci şi mediul, iar dacă mediul intrauterin este primul mediu în care se dezvoltă celula divizată din care se naşte embrionul, atunci este clar ca el este de maximă importanţă în dezvoltarea psiho-fiziologică a individului. Este de reţinut că în mediul intrauterin fătul se află într-o continuă dezvoltare, care începe odată cu diviziunea celulară şi se termină cu organizarea principalelor funcţii psihice şi abilităţi prin care se pregăteşte pentru adaptarea ulterioară.

Potrivit cercetărilor lui John Cairns, cercetări efectuate la sfârşitul anilor '80, s-a evidenţiat faptul că „organisme la fel de primitive ca şi bacteria, aveau capacitatea să-şi rescrie programul genetic existent pentru a se acomoda unui mediu care era indus de stres" (Lipton B., 1998). Acest lucru confirma ipoteza că organismele vii sunt *sisteme dinamice* capabile să reprogrameze comportamentul genetic şi să se acomodeze schimbărilor pe care mediul are capacitatea să le facă. Aşadar, conform noii teorii susţinute de B. Lipton, mediul are un rol la fel de important ca şi geneticul.

Un alt element descoperit de B. Lipton în cadrul experienţelor de laborator a fost acela că fiinţele vii funcţionează în conformitate cu două principii care conduc la dezvoltarea speciei, acelea de *creştere şi supravieţuire*. Astfel, genele care exprimă comportamente de creştere sunt atrase de acei stimuli din mediu care susţin viaţa, în timp ce genele care exprimă comportamente de protecţie resping stimuli care ameninţă viaţa. Însă, cum amândouă procesele au nevoie de energie pentru a funcţiona, atunci ele devin complementare, în sensul în care cu cât se consumă mai multă energie pentru protecţie cu atât rămâne mai puţină pentru creştere şi invers. Cele două nu pot funcţiona simultan deoarece există o unică cantitate de energie de care dispunem, iar odată consumată pentru un anumit proces, nu mai rămâne foarte mult sau este insuficientă pentru celălalt proces. Astfel, un stimul ameninţător declanşează mecanisme de protecţie la nivel celular, iar dacă acest stimul este constant – devenind definitoriu pentru mediul în care trăieşte mama – atunci ne putem da lesne seama ce mecanisme sunt puse în funcţiune.

Mediul perceput de către făt este chiar mediul intrauterin, care furnizează pe langă substanţe nutritive necesare dezvoltării şi o serie de *informaţii moleculare* în legătură cu creşterea şi supravieţuirea, elemente care sunt transmise prin placentă şi prin sângele. Din moment ce copilul atunci când se va naşte va trăi în acelaşi mediu perceput de către mamă, încă din perioada intrauterină mama ajută într-un fel fătul să se adapteze condiţiilor curente oferite de mediu. Problematica percepţiei mediului este fundamentală: dacă mama percepe mediul ca fiind ameninţător acest lucru va trimite mesaje complet diferite fetusului decât dacă îl va percepe călduros şi suportiv. Semnalele percepute de mamă de la mediu, declanşează seturi de „informaţii" ce pun în mişcare mecanisme de creştere şi supravieţuire care determină comportamentul intracelular al fătului, astfel că aceste „informaţii" i-au contact unele cu altele la nivel celular, determinând la rândul lor mecanisme de creştere şi supravieţuire.

Pe de altă parte, procesele metabolice care cer răspunsuri pentru a susţine protecţia, acţionează în detrimentul celor care susţin creşterea. Prin urmare semnalele care decurg din perceperea unui mediul suportiv – un mediu care generează iubire –, încurajează selecţia programelor genetice ce susţin creşterea, iar cele care decurg din perceperea unui mediu ostil declanşeză selecţia programelor genetice ce susţin protecţia în detrimentul creşterii. Spre exemplu s-a putut observa faptul că, atunci când hormonii

de stres trec prin placentă la făt, declanşează la acesta mecanisme de vasoconstricţie la nivelul viscerelor şi vasodilataţie la nivel periferic, în special la membre, activând acele comportamente de *„luptă sau fugi"*, astfel că la un fetus supus unui stres continuu se va dezvolta foarte mult sistemul musculo-scheletal, creându-i un corp mai mare.

B. Lipton vorbeşte depre faptul că proteinele de la nivelul membranei celulare „au această calitate de a percepe mediul, controlează comportamentul celulei, regularizează expresia genei şi sunt implicate în rescrierea codului genetic" (Lipton B., 2001). Ceea ce se întâmplă de fapt sunt mecanisme microcelulare pentru care celula s-a specializat în miliarde de ani. Astfel, perceperea unui nou mediu conduce la activarea unui nou grup de gene, care la rândul lor sunt capabile să creeze noi proteine de percepţie celulară, ce detectează şi răspund „adecvat" unui astfel de stimul din mediu. Acest proces a fost denumit de foarte mulţi specialişti un proces ce reprezintă *„învăţare celulară şi memorie"* (Ibid.). Chiar acest tip de memorie el o denumeşte percepţie învăţată şi este îndreptată atât spre exterior, controlând modul cum răspundem la stimulii din mediu, cât şi spre interior, oferindu-ne credinţele în legătură cu identitatea de sine. B. Lipton spune clar că „aceste percepţii învăţate achiziţionate de către un individ încep să se dezvolte în uter" (Ibid.). Această perpectivă, susţinută de unii specialişti, extinde rolul mamei în dezvoltarea individului, astfel încât *„atitudinile materne şi emoţiile pe care le trăieşte mama au un impact fundamental în dezvoltarea fătului"* (Lipton B., 1998).

C. Pert, în cartea sa *„Molecules of emotions"*, propune şi ea ipoteza unei memorii celulare. Ea este de părere că emoţiile reprimate şi înregistrate la nivel corporal sunt de fapt neuropeptide care sunt ţinute în receptorii celulari. Aşa cum am mai afirmat, la baza acestei ideii sunt cercetările sale cu privire la neuropeptide, compuşi amino-acizi cu rol informaţional care sunt baza fiziologică a ceea ce în termenii psihologici numim emoţii. Receptori pentru aceşti compuşi se găsesc prezenţi la nivelul intregului organism, mai ales în zone de maximă importanţă din creier sau la nivel organic, acolo unde informaţia senzorială intră în organism şi este selectată sau amplificată.

La rândul său Eric Kandel, deţinător al premiului Nobel în 2000, a demonstrat că atunci când o neuropeptidă se potriveşte unui receptor al unei celule neuronale, caracteristicile membranei se schimbă în aşa fel încât producerea unui impuls electric este facilitată sau inhibată, afectând alegerea circuitului neuronal ce va fi folosit în continuare pentru transmiterea mesajului. Astfel schimbările biochimice care se întâmplă la nivel de receptor constituie o bază pentru memoria celulară.

Procesul este acelaşi la nivelul întregii reţele psihosomatice. Dat fiind faptul că există o aglomerare de receptori pentru neuropeptide pe principalele trasese ale nervilor ce fac legătura dintre organe şi sistemul nervos, şi că informaţia care circulă pe aceste trasee este influenţată de neuropeptidele care ajung în astfel de puncte nodale, C. Pert consideră că „emoţiile contribuie, fără voia noastră, la a decide ce să ne amintim şi ce să uităm" (Pert C., 1999, p. 144). Trebuie luat în considerare şi faptul că receptorii celulari nu sunt imobili sau inerţi. Ei îşi pot schimba sensibilitatea şi aranjamentul care-l au la nivelul membranei celulare, ducând la apariţia unui potenţial pentru schimbare şi creştere, ea gândind că *emoţiile reprimate şi înregistrate la nivel corporal sunt de fapt neuropeptide care sunt ţinute în receptorii celulari*, facând-o astfel să susţină o ipoteză cel puţin tentantă. O astfel de ipoteză ce s-ar face confirmată, ar face lumină în ceea ce priveşte problematica emoţională a fătului şi ar fi explicaţia ştiinţifică care ar sta în

spatele mecanismelor psihologice ce sunt întipărite în procesul nașterii, care l-a determinat pe S. Grof să fondeze o întreagă teorie cu privire la aceste aspecte.

Așadar, conceperea unui copil este un proces dinamic și mai ales interactiv între părinți și făt. Faptul dacă aceștia își doresc sau nu copilul, modul în care ei interacționează unul cu celălalt dar și cu fătul, modul în care mama percepe mediul, activează informații sub forma unui chimism emoțional care traversând placenta, influențează dezvoltarea psiho-fiziologică a propriului copil încă de la concepție. Impresionat este faptul că starea psihică a celor doi viitori părinți ajută, conform epigeneticii, la selecția anumitor gene chiar înainte de concepție, astfel că procesul apariției unui copil este cu mult determinat de factori care până nu demult erau fără nicio importanță.

4. Dezvoltare neuronală la făt

Gerard Hüther, neurolog și Krens Inge, psihoterapeut prenatal, au întreprins o serie de cercetări care avansează teoria importanței deosebite pe care o au experiențele intrauterine în dezvoltarea conexiunilor sinaptice. Ei afirmă că experiențe intrauterine, fiind în fond similare tuturor indivizilor, acest lucru creează premisele unei dezvoltări neuronale oarecum similare însă nu neaparat identice.

Cei doi cercetători demonstrează că structuri complexe de aprehensiune rezultă din combinația dintre ADN-ul uman și experiența intrauterină pe care o traversează individul și care s-a dezvoltat odată cu evoluția umană. Așadar, încă din perioada fetală, indivizii posedă o propensiune similară în a structura și formula experiența perceptivă și capacitatea de a relaționa. G. Hüther și K. Inge spun că vechea problema a lui „înnăscut versus dobândit" este o problemă formulată încă de la început greșit, întrucât la naștere copilul este deja o combinație dintre ceea ce este dat genetic și achiziții de caracteristici și abilități care s-au structurat în timpul celor nouă luni de sarcină.

Prin urmare, apare astfel problema experienței prenatale ca fundament al dezvoltării de abilități, întrucât majoritatea legăturilor neuronale și a conexiunilor sinaptice se dezvoltă atunci, atât în funcție de datul genetic cât și de experiențele pe care embrionul apoi fetusul le traversează în dezvoltarea sa. În demonstrarea teoriei lor autorii studiului s-au bazat pe acele funcții senzorio-perceptive care se dezvoltă încă de timpuriu și care au un rol esențial în recepționarea experienței și a evenimentelor pe care le traversează fătul.

În uter fetusul învață să simtă pe două căi distincte: pe de o parte prin intermediul cordonului ombilical și al placentei, prin care recepționeză întreg schimbul de substanțe de la nivelul sangvin al mamei, și printr-o cale mai puțin directă, cu ajutorul simțurilor tactil și auditiv, care sunt cele mai dezvoltate în acea perioadă. Dacă simțul tactil este primul simț care se dezvoltă pentru făt – având în vedere că acesta este în legătură cu centrii subcorticali – auzul se dezvoltă și el tot în această perioadă, fătul fiind „atent" din punct de vedere auditiv la tot ceea ce se întâmplă cu mama și în mediu.

Așadar, atât prezența unui sistem limbic destul de dezvoltat în această perioadă, a simțurilor tactil și auditiv, cât și prezența cordonului ombilical, sunt elemente obiective care afirmă că fătul este „receptiv" la tot ceea ce se întâmplă cu el. Orice schimbare în starea de spirit a mamei, orice schimbare emoțională, este în acord cu modificări

hormonale care sunt recepţionate de făt prin intermediul sângelui. Dar, unele emoţii cum este de pildă stresul, ce produc schimbări în atitudine – accelerarea ritmului cardiac, creşterea respiraţiei, creşterea comportamentului motor – sunt de asemenea percepute de către făt pe căi senzoriale.

Cei doi autori arată că astfel se stimulări, dacă sunt intense şi continue, conduc la dezvoltarea unor noi conexiuni neuronale care se suprapun oarecum peste cele vechi ca urmare a unei noi adaptări. Cu alte cuvinte, dacă încă din uter fătul învaţă să simtă „teamă" sau „fericire" în legătură cu anumite evenimente care se pot repeta, atunci este firesc să ne gândim că acestea se pot asocia unor conexiuni sinaptice care se constituie mai târziu în *pattern-uri de reprezentare sau de percepţie*.

Recepţionarea pe diferite canale de către făt a mesajelor care vin din afară „oferă un întreg set de oportunităţi în a învăţa prin experimentări şi confruntări, comparând pattern-urile neuronale care deja s-au format în creierul său cu noul pattern care a fost creat în creier de stimulările externe, încercând să integreze sau să înlocuiască noul pattern celui vechi" (Hüther G., Inge K., 2005)

Ceea ce se produce este un fel de *„remodelare neuronală"* prin care structurile neuronale date deja de ADN-ul fătului sunt „depaşite" de noii stimuli, fapt care duce la creerea de noi structuri neuronale care pot deriva din primele sau pot diferi total de primele, neputând să fie integrate unui pattern deja existent. În măsura în care stimulările respective au un caracter continuu, atunci creierul dezvoltă noi legături neuronale care sunt considerate adaptative, „normale" deşi ele sunt dezadaptative pentru condiţia fătului.

Autorii oferă exemplul unei suprastimulări – de exemplu o situaţie de stres continuu a mamei – care compensativ produce în creier o ştergere a unor mesaje neuronale prin folosirea unor mai puţine legături sinaptice pentru a diminua impactul unei asemenea suprastimulări. Însă, în momentul în care stresul încetează, el nu se mai constituie ca stimul solicitant, creierul „obişnuindu-se" cu o astfel de stimulare considerată normală, astfel că această nouă situaţie de „fără stres" solicită iar creierul pentru o nouă adaptare în sensul unei căutări după evenimente stimulante.

Astfel de pattern-uri, în măsura în care se menţin o perioadă mai lungă de timp, conduc, spun Hüther G. si Inge K., la ceea ce în mod obişnuit numim „copil hiperactiv". Ei pun comportamentul copilului hiperactiv cu deficit de atenţie pe seama experienţelor pe care fătul le are în interiorul uterului matern şi a modalităţilor prin care creierul său învaţă să se adapteze unei suprasolicitări şi apoi unei nesolicitări, fapt care contravine ipotezei ce dădea o importanţă aparte influenţei genetice.

Poate exemplul cel mai edificator în ceea ce priveşte importanţa influenţelor prenatale asupra fătului şi asupra viitorului adult, sunt experimentele făcute pe femele de şobolani sau aşa-numita „ingrijire încrucişată". Ceea ce s-a întâmplat ca urmare a acestor experimente poate constitui un punct important de plecare în a lua foarte în serios în calcul modul în care fătul recepţionează emoţiile şi stimulările pe care mama le transmite şi care ulterior se pot constitui în viitoare comportamete pentru individ.

Astfel, s-a observat într-un experiment numit „cross fostering", că luându-se pui ai unor femele şobolan catalogate ca incompetente şi lipsite de îngrijire, şi au fost plasaţi în uterele unor femele şobolan care fuseseră considerate implicate şi grijulii, şi viceversa. Rezultatele au fost impresionante: puii ajunşi la maturitate se asemănau ca şi comportamente mai degrabă cu mamele gazdă decât cu mamele biologice, astfel că

mediul în care fătul a crescut în continuare şi unde a recepţionat stimulări a fost, din acest punct de vedere, mult mai consistent decât factorii ereditari în a crea comportamente viitoare pentru adult. Acest fapt a condus la concluzia că „existenţa embrionului şi apoi a fătului în uter a fost un fapt mult mai important pentru puii de şoareci, decât ceea ce le fusese transmis genetic şi care i-ar fi putut determina să se comporte mai degrabă fără implicare decât competenţi şi implicaţi" (Ibid.).

Tocmai această adaptare a creierului fătului la situaţii noi, prin care sunt create noi conexiuni neuronale, autorii o pun în legătură cu formarea modalităţilor de aprehensiune de mai târziu. Modurile în care acţionează aceste posibilităţi de aprehensiune sunt în esenţă inconştiente, la fel ca modurile în care sunt dezvoltate pattern-urile neuronale asimilate în uter şi care exercită o influenţă emoţională negativă în viaţa persoanei, în detrimentul dezvoltării personale şi poate ceea ce este mai important, cu un grad ridicat de autonomie, fapt ce nu-i permite aproape deloc conştiintei să intervină, decât în anumite circumstanţe.

Prin urmare, conform studiilor efectuate în ultimii ani în legatură cu capacitatea individului de a înregistra informaţia sub diferitele sale aspecte – consecinţă a fiinţelor vii de a se adapta mediului şi a pune în joc noi comportamente sau a merge pe vechile scheme activate – credem că lumea ştiinţifică se îndreptă către un model mult mai complex al memoriei şi al psihismului fetal. Astfel, informaţia este stocată sub diferitele ei forme şi cu ajutorul mai multor modalităţi, atât neuronal cât şi la nivelul celulelor corporale, fapt ce schimbă hotărâtor perspectiva asupra lucrurilor, în sensul în care s-ar explica nu doar memoria prenatală, dar şi dezvoltarea unor atitudini predispoziţionale prenatale.

5. Nucleul amigdalian şi imprintarea emoţională

Pentru a afirma importanţa nucleului amigdalian, Daniel Goleman face apel la cercetările lui J. LeDoux în domeniul neurologiei, cercetări ce privesc traseele neuronale ale emoţiilor.

Deşi teoria tradiţională susţinea că traseele neuronale pe care le străbat emoţiile sunt strâns legate de neocortex, unde sunt analizate în funcţie de caracteristicile stimului, J. LeDoux a fost primul care a descoperit existenţa unui traseu neuronal al emoţiilor mult mai scurt, în care nu este implicată o analiză fină a stimulului, ci doar una „superficială", fapt ce declanşeză un răspuns rapid. În acest context el acordă o importanţă deosebită nucleului amigdalian, care spune el „din punct de vedere anatomic poate acţiona independent de cortex" (LeDoux J. apud. Goleman D., 2001, p. 34). Nucleul amigdalian este o formaţiune neuronală în cadrul a ceea ce în sens larg a fost denumit creier emoţional, ce arată ca un mănunchi de migdale şi care se găseşte în spatele inelului limbic. El este responsabil de unele din emoţiile pe care le trăim, specializându-se pe ceea ce în mod obişnuit denumim *„primejdii"*, în sensul în care un stimul necesită o reacţie imediată a organismului, neanalizată la nivel cortical, în situaţii în care acesta se simte ameninţat într-un fel sau altul.

Studiile lui J. LeDoux au arătat că semnalele senzoriale de la ochi sau de la ureche, sunt direcţionate pe de o parte de la talamus direct la nucleul amigdalian, printr-o unică sinapsă, iar pe de altă parte de la talamus catre neocortex. Datorită faptului că

traseul neuroral către nucleul amigdalian este mai scurt şi nu se desfăşoară o analiză fină a informaţiei, acest lucru îi permite acestei formaţiuni să ofere un răspuns înaintea celui cortical. Aşadar, ceea ce merită reţinut aici este faptul că acele emoţii care ţin de nucleul amigdalian sunt cele mai primitive şi cele mai puternice, lucru ce explică *puterea emoţiei asupra raţionalului*.

Însă, lucrul care este şi mai important în teoria lui J. LeDoux, este ca această formaţiune neuronală funcţionează ca un *depozit de impresii emoţionale şi amintiri* care nu au fost niciodată conştientizate. Pentru a dovedi această afirmaţie D. Goleman oferă în cartea sa exemplul unei infirmiere care, traumatizată de situaţiile oribile pe care le trăise atunci cand îngrijea de răniţi în perioada războiului, a fost cuprinsă mulţi ani mai târziu de groază, ură şi panică, deschizând uşa de la propria debara, cand a văzut şi mirosit un scutec pe care copilul său îl ascunsese întâmplator. Prin urmare sunt necesare câteva senzaţii disparate, apropiate de cele traumatizante, pentru ca nucleul amigdalian să „detecteze" o primejdie şi să reacţioneze. Fiind „sensibil" la tot ceea ce s-a constituit „primejdios" în trecut pentru persoană şi care a necesitat o reacţie rapidă de „luptă sau fugi", nucleul amigdalian înmagazinează elemente disparate de senzaţii şi emoţii, care pot fi puse mai târziu în viaţă în relaţie cu situaţii asemănătoare, făcând o comparaţie rapidă, grosieră.

J. LeDoux consideră că nu e nevoie să ştii exact ce este un anumit lucru, pentru a-ţi da seama că este periculos, fapt ce exclude o analiză corticală pentru situaţiile-stimul ce ar pune în pericol integritatea persoanei. Se întâmplă astfel întrucât pe de o parte se economiseşte timp pentru răspuns – esenţial pentru supravieţuire – iar pe de altă parte se dă posibilitatea de a reacţiona conform vechilor scheme ce s-au dovedit a fi „eficiente" într-o situaţie asemănătoare din trecutul persoanei.

Putem concluziona de aici că, ceea ce se întâmplă cu noi în mica copilărie şi nu numai, din punct de vedere al evenimentelor pe care le percepem „primejdioase", va fi stocat la nivelul nucleului amigdalian. Sunt înmagazinate frânturi de informaţii, puternic impregnate emoţional, care ne vor ajuta mai târziu „să facem faţă" unor evenimente asemănătoare, punând creierul emoţional cu toate structurile sale – de la hipocamp la sistemul limbic şi până la nucleul amigdalian – în „alertă" pentru un raspuns accelerat şi o adaptare rapidă, chiar dacă, de multe ori neadecvată.

Se ştie că multe din amintirile noastre emoţionale provin din primii ani de viaţă, formându-se în relaţie cu persoanele cele mai semnificative cu care intrăm în contact. Ceea ce este important de reţinut este faptul că dacă în aceste relaţii timpurii există şi unele care au provocat traumă copilului, atunci ele vor fi stocate aici. Este un fel de „amprentă" emoţională importantă, „un set de lecţii emoţionale bazate pe deprinderi şi nemulţumiri din contactele între copilul foarte mic şi cei care au grijă de el" (LeDoux J. apud. Goleman D., 2001, p. 38). Dacă ne gândim că aceste amintiri sunt înmagazinate sub o formă neprelucrată în perioada dinaintea formării limbajului, atunci putem înţelege de ce atunci când sunt ulterior scoase la suprafaţă, nu se poate face o potrivire cu limbajul, acesta ne putând să ofere o expresie adecvată trăirii respective, astfel că atunci cînd ea apare omul poate avea un sentiment haotic, însă nu şi cuvinte pentru amintirile care au legătură cu evenimentul care le-a creat.

După părerea lui D. Goleman, ceea ce se constituie ca „traumatizant" pentru acestă perioada sunt mai ales *bătăile sau indiferenţa*. El face apel la cele două atitudini întrucât constituie exemple excelente de evenimente care sunt înregistrate la nivelul memoriei

amigdaliene încă din mica copilărie şi pentru care copilul poate avea manifestări necontrolate în condiţiile în care ele sunt repetate. Mai mult decât atât, se ştie că nucleul amigdalian se dezvoltă ca structură funcţională mult înaintea neocortexului, astfel încât copilul încă din perioada intrauterină are o structură amigdaliană suficient de matură, capabilă să funcţioneze, în timp ce la nivelul cortexului încă se mai contruiesc sinapse, neuronii ne fiind pe deplin mielinizaţi. Acest fapt ne duce cu gândul că, încă de atunci, fătul poate înmagazina, într-o formă primară, informaţii care s-au constituit pentru el ca „traumatizante".

Este de amintit aici faptul că D. Goleman identifică *indiferenţa părintelui faţă de copil* ca fiind unul din evenimentele traumatizante din mica copilărie, ca atare mergând puţin în trecut putem afirmă ca indiferenţa mamei pentru propriul copil în perioada sarcinii poate fi resimţită de asemenea traumatic de către acesta şi înmagazinată ca atare. În acest context indiferenţa mamei este cu siguranţă legată de ataşamentul său, lucru ce ne face să ne gândim la nivelul la care această trăire este recepţionată. Se poate observa aşadar rolul nucleului amigdalian în cadrul relaţiei mamă-făt sau mamă-copil, unul pe care îl considerăm foarte important în sensul adaptării copilului la situaţii care sunt percepute ca fiind traumatizante sau ameninţătoare.

În primele experienţe din primii ani de viaţă copilul nu posedă limbaj, iar gândirea lui se află la un stadiu preoperaţional, fapt care nu-i permite acestuia sa-şi explice ceea ce se întâmplă cu el, pentru a-şi integra experienta într-un cadru mai larg. Relaţia lui se fundamentează în special cu mama şi prin mamă, iar tot ceea ce percepe prin intermediul simţurilor ca fiind „primejdios" este structurat în cadrul acestui nucleu, care va oferi mai târziu reacţii emoţionale iraţionale pentru care nu va avea posibilitatea să le gestioneze.

D. Hartman şi D. Zimberoff citând din Amnini et al. (1996) explică faptul că, „copilul, fetusul sau embrionul detectează pattern-uri de regularităţi în mediul în care trăieşte extrăgându-le din experienţele însele, formând *„concluzii timpurii"* sau *„modele interne de funcţionare"* (Amnini et al. apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002). Acest tip de informaţie, generalizată, este encodată într-o manieră implicită şi adusă în plan conştient atunci cand avem de-a face cu relaţionare sau cu schimburi afective de tipul ataşamentului. Ei ne spun mai departe că „dacă experienţa timpurie individuală este nesănătoasă, toxică sau aberantă, atunci persoana va extrage reguli nesănătoase şi aberante din mediu şi va face generalizări în legătură cu acestea" (Ibid.).

Din acest motiv plecăm încă de timpuriu în viaţă cu generalizări intipărite inconştient de genul „bărbaţii sunt periculoşi", „femeile sunt fragile", „sunt în centrul atenţiei când mă rănesc" sau ca în cazul discutat mai sus „mediul este periculos", „nu te baza pe nimeni", etc. Desigur am enumerat numai câteva din multitudinea de generalizări ce se întipăresc în psihicul copilului şi care conduc la interpretarea subiectivă a experienţei de-a lungul vieţii. S-a ajuns la concluzia că acest tip de informaţii, prin iniţierea de reacţii reflexive, influenţează comportament individului de-a lungul vieţii ca urmare a ceea ce specialiştii au denumit *„compulsiuni repetitive"* sau chiar *„recapitulări a unor pattern-uri vechi"*, mecanisme indiscutabile pentru interpretarea experienţei într-un mod cât se poate de subiectiv, de unde şi prezenţa fenomenelor transferenţiale.

Evenimentele originare din care ele au fost extrase nu sunt disponibile memoriei conştiente pentru a putea fi procesate, însă au un efect consistent în ceea ce priveşte interpretarea subiectivă a experienţei. Indisponibilitatea lor nu se datorează defensei, reprimării, pentru că ne referim la perioada de sarcină şi la primii ani ai vieţii unde Eul

nici nu este format, ci sunt inregistrate pe un nivel unde „nu există conştiinţă", probabil pe un nivel inconştient al creierului. Spre exemplu, există cazuri în care gravidele recurg la diferite comportamente pentru a reduce stresul printre acestea fiind consumul de alcool, zahăr sau nicotină. În condiţiile în care consumul de alimente cu o cantitate mare de zahăr (în special dulciurile) este un comportament pe care mama îl asociază din trecut creerii unei stări de bine în organism, atunci este de la sine înţeles că există o posibilitate mare ca el să fie repetat şi în perioada de sarcină.

Astfel, potrivit celor discutate mai sus, fătul „învaţă" că nivelul stresului din organism scade odată cu ingerarea anumitor compuşi cum ar fi glucoza, mecanism pe care îl va repeta într-un mod cât se poate de inconştient mai târziu în viaţă. Prin urmare *corpul îşi reaminteşte când a fost pus într-o situaţie asemănătoare*, fiind obligat să se adapteze întrucât senzaţiile fizice recreează acest context şi ca atare va reacţiona conform comportamentului cu care a fost învăţat. D. Hartman şi D. Zimberoff spun că „acest tip de memorie nu este verbală sau conceptuală, ci este imprintată organic" (Hartman D, Zimberoff D., 2002), lucru care ne face să ne gândim la memoria celulară, în sensul în care foarte multe informaţii la nivel intracelular declaşează procese mult mai complexe intracelular, prin producerea de noi proteine.

6. Factori care influenţează reţinerea informaţiei în timpul perioadei prenatale, perinatale şi postnatale

Aceeaşi D. Hartman şi D. Zimberoff în articolul lor despre accesul la memoria unor influenţe timpurii, fac referire la o serie întreagă de studii din domeniul psihologiei prenatale şi perinatale, arătând rolul important pe care îl au patru factori în engramarea de informaţie în această perioadă, astfel:

1. Intensitatea

D. Hartman şi D. Zimberoff vorbesc despre faptul că intensitatea unei experienţe conduce în mod direct la probabilitatea unei reţineri pe termen lung. Ei afirmă că „memoria pe termen lung este înregistrată în celule cu toate noile proteine şi noile conexiuni dintre celulele nervoase, pe când informaţiile înregistrate pe termen scurt sunt create atunci când proteinele din celulele nervoase sunt modificate doar temporar" (Verny T., Weintraub P., apud. Hartman D., Zimberoff D., 2002).

Acest lucru pune problema cantităţii de informaţie care ar putea fi înregistrată în perioada prenatalităţii ca urmare a experienţelor caracterizate prin intensitate emoţională, întrucât aşa cum s-a putut observa prin contribuţia adusă de C. Pert, emoţionalitatea este deplin implicată în acest proces. Fiecare experienţă pe care mama o percepe ca fiind traumatică pentru ea, declanşează procese complexe atât la nivelul organismului ei cât şi al fătului.

2. Repetiţia

Din moment ce memoria este legată de circuitele neuronale, atunci cu cât este un „trafic" mai crescut între celulele neuronale cu atât acele conexiuni sunt mai puternice, capătând o anumită rapiditate în transmiterea informaţiilor şi un caracter permanent.

Repetiţia face ca aceste conexiuni neuronale să capete un anumit grad de permanenţă, să fie mai stabile în timp întrucât sunt mai des folosite.

3. Sentimentul fricii

D. Hartman şi D. Zimberoff citează studiile lui A. Wilson şi L. McNaughton (1996) prin care se afirmă că dacă o experienţă este impregnată de sentimentul fricii, atunci este foarte probabil ca ea să fie înregistrată în memoria de lungă durată. În acest context, „memoria situaţiilor de abuz diferă de alte situaţii cu încărcătură emoţională prin faptul că este mult mai dificil de scos la suprafaţă informaţii şi mult mai dificil de sters acest gen de informaţii, ele influenţând în mod inconştient comportamentul" (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002).

Frica ţine de o înregistrare a informaţiei la nivelul sistemului limbic, care spre deosebire de celelalte părţi ale creierului este dezvoltat în perioada prenatală. Ca atare, nivelul la care este înregistrat o asftel de experienţă este unul primar, de unde şi dificultatea de a fi scoase la suprafaţă aceste informaţii.

4. Procesarea verbală

Autorii sunt de părere că din moment ce în primii ani de viaţă copilul poate vorbi cu părinţii sau cu alte persoane apropiate emoţional despre anumite evenimente, acest lucru contribuie la durabilitatea înregistrării acelor evenimente.

Toate acestea reprezintă condiţii optime unei memorări cât mai profunde a informaţiei care este transmisă în perioada prenatală şi în primii ani de viaţă. Dacă intensitatea, repetiţia şi frica cu care este recepţionată o experienţă sunt legate inexorabil de factori bio-chimici de la nivel celular, atunci acest lucru ne face să ne gândim că memoria celulară – atât la nivel de celulă neuronală cât şi din altă parte a organismului – se constituie ca fundament pentru o memorie de lungă durată, recepţionată pe un nivel la care conştientul nu poate avea acces.

Aceste tipuri de informaţii nu sunt informaţii care să ţină de anumite cunoştinţe, concepte, ci sunt informaţii de cele mai multe ori emoţionale şi emoţional-senzoriale. Retrăirea experienţei originale cu o destul de mare fidelitate într-un cadru psihoterapeutic, poate ajuta la corectarea unei astfel de experienţe, întrucât persoana experimentează şi accesează emoţii care au avut loc în acea perioadă, le transformă, le interpretează, le dă un sens, le unifică. Ea poate deveni aşadar capabilă să integreze, să aducă într-o oarecare formă experienţa la nivel cortical şi să o îmbogăţească prin resemnificare şi repunere într-un alt context, mai stabil, mai securizant, mai cald, mai empatic.

Encodarea informaţiei este la nivelul memoriei pe care autorii o denumesc procedurală, acea memorie la care face referire şi J. LeDoux şi care este prezentă pe întrega perioadă a vieţii individului. Am putea spune chiar că, „intensitatea" şi „sentimentul fricii" sunt factori deosebit de importanţi pentru perioada prenatală, chiar din prima parte a ei, când aveam de-a face cu o memorie mai degrabă celulară, pe când „repetiţia" ţine de legăturile neuronale pe care le găsim spre finalul perioadei prenatale şi în postnatalitate. Însă, ultimele au de-a face cu sistemul limbic, cu amigdala, cu circuitele care se formează aici şi care sunt apte de o funcţionare optimă în ultimele luni din prenatalitate. Prin urmare, tot ceea ce poate provoca frică atunci şi care are un anumit grad de repetabilitate, este întipărit negreşit, asociat anumitor conexiuni, determinând o percepţia modificată a experienţei mai târziu în viaţă.

Opus sentimentului iubirii, din care J. Condon extrage teria ataşamentului, *sentimentul fricii este emoţia cu cele mai multe repercusiuni*. Pe de o parte produce modificări la nivel proteic celular, activând mecanisme de protecţie în detrimentul creşterii, pe de altă parte constribuie într-un mod substanţial la înregistrarea în sistemul limbic a experienţei, la dezvoltarea unor anumite conexiuni neuronale viitoare ce se asociază altor tipuri de experienţă.

Deci „frica", prin intensitate şi repetiţie, este acel sentiment care invariabil opreşte dezvoltarea psiho-fiziologică a organismului în etapele ei fireşti, dezvoltarea potenţialului său, ca atare mediul care generează „frică" este poate mediul cel mai de evitat pentru mamele care află că sunt însărcinate. Suntem deosebit de interesaţi să aflăm ca urmare a unor cercetării viitoare dacă sentimentul fricii prin cantitatea de stres care este înmagazinată în organismul fătului, nu poate avea şi alte efecte care converg de aici, de la dezvoltarea limbajului până la problematici psihice dintre cele mai neobişnuite ale căror cauze se cred a fi de natură genetică.

CAPITOLUL 4:
Tulburările emoţionale ale copilului mic

1. Cauze ale tulburărior emoţionale ale copilului mic
1.1. Sincronizare şi nesincronizare emoţională

Sfera emoţională a copilului mic este un continuum al perioadei postnatale, a naşterii şi perioadei postanale. Din acestă ultimă perspectivă, D. Hartman şi D. Zimberoff, citând foarte multe cercetări în domeniu, afirmă că influenţa mamei asupra copilului este atribuită relaţiei dintre cei doi, adică gradului de sincronizare şi nesincronizare în plan afectiv şi a măsurilor pe care cei doi le întreprind, împreună sau separat, pentru a diminua nesincronizarea.

Autorii fac apel la cercetările a doi specialişti privitoare la relaţia timpurie dintre mamă şi copil (Tronick E., Gianino A., 1986), prin care cei doi demonstrează că mama, în majoritatea cazurilor, este ancorată stării emoţionale a copilului doar o treime din timp, astfel că în cealaltă treime copilul este cel care încearcă să atragă atenţia mamei „corectând" într-un fel această nesincronizare, lucru care devine un element psihologic important în dezvoltarea emoţională a acestuia (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002).

Toate emoţiile şi nevoile copilului pot fi identificate la nivelul feţei, în intensitatea sunetelor şi modulaţia lor, în mişcarile braţelor şi ale picioarelor, astfel că adaptarea eficientă a părintelui la copilul său are în vedere tocmai dezvoltarea acestei abilităţi. Prin semnalele emoţionale ale feţei copiii mici comunică despre nevoile pe care le au dar şi despre situaţiile plăcute sau neplăcute în care se găsesc, punând părintele (mama) în situaţia de a fii atent şi de a descifra ceea ce se întâmplă în interiorul lor.

Însă, această capacitate este dezvoltată atunci când mama este centrată pe copil şi când îşi pune propriile nevoi pe locul secund, adică este *„ancorată"* stărilor propriului copil. Prin urmare, de cele mai multe ori mama intuieşte starea emoţională a copilului şi răspunde pe măsura acesteia. Ei nu-i trebuie mult timp să-şi dea seama când copilul ei este trist, când doreşte să se joace, când îi este frică sau este bucuros, când se simte inconfortabil sau când îşi doreşte cu ardoare ceva, fapt ce o determină aproape din interior să se „acordeze" stării psihice a acestuia şi să raspundă în consecinţă.

Această „ancorare" emoţională de care vorbesc cei doi autori, este în mare masură legată de ceea ce înţelegem noi prin *disponibilitate afectivă maternă,* fiind de părere că o mamă disponibilă afectiv este mult mai preocupată de a detecta şi înţelege semnalele pe care i le trasmite propriul copil şi de a răspunde corespunzător la acestea, decât la propriile stări şi nevoi, cel puţin în primul an de viaţă. Ca atare atât *subordonarea*

propriilor nevoi nevoilor copilului, interacţiunea – care se structurează ca o trăsătură constantă încă din perioada prenatală –, cât şi *protejarea şi oferirea unei stări de securitate*, nu sunt decât factori ce se întrepătrund conceptual cu această sincronizare emoţională a celor doi.

Atât D. Hartman şi D. Zimberoff cât şi alţii care au studiat îndeaproape problematica relaţiei mamă-copil mic, sunt de părere că această sincronizare îi oferă copilului mic semnale pozitive, creându-i securizare emoţională, fapt ce conduce la dezvoltarea pe mai departe de relaţii „sănătoase" cu ceilalţi copii şi chiar mai departe ca adult.

Trebuie amintit că, momentele de nesincronizare ajută şi ele la păstrarea unui echilibru relaţional dintre cei doi, astfel că aceaste două treimi din timp când mama se centrează asupra ei, copilul are posibilitatea de a explora mediul şi de aici de a începe uşor să-şi dezvolte o oarecare autonomie, însă numai în condiţiile în care mama reuşeşte să revină şi să răspundă la semnalele copilului, „acordându-se".

Lipsa reciprocităţii mamei este acelaşi lucru cu îngrijirea discontinuă a acesteia, de care amintea D. Winnicott în multe din lucrările sale. El afirma că această îngrijire discontinuă este asociată la nivelul psihicului copilului unui sentiment de discontinuitate, care la rândul lui este asociat cu suferinţa de calitate şi intensitate psihotică (Winnicott D., 2004, p. 64). Interesant este faptul că D. Winnicot pune acest tip de „acordare" emoţională a mamei pe seama *mecanismelor de identificare proiectivă cu copilul*, mecanisme care încep a acţiona încă din timpul perioadei de sarcină, şi ca atare au de-a face cu ceea ce mulţi specialişti în domeniu numesc acum ataşament prenatal.

Starea emoţională a copilului – spun E. Tronick şi A. Gianino– se accentuează dacă mama nu revine în sfera emoţională sau nu răspunde adecvat la semnalele sale, trăiri ce dezvoltă în opinia unora, un „sentiment al neajutorării". „Aceşti copii se vor detaşa la rândul lor atunci când vor percepe o lipsă de reciprocitate în relaţiile lor ca adulţi şi se vor centra asupra unei regularizări interioare („Voi face de unul singur. Nu am nevoie de nimeni")" (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002). Cu alte cuvinte vor deveni persoane care au ca şi crez interior faptul că *nu au pe nimeni*, că *nu se pot baza pe nimeni*, că nu le este nimeni alături, deşi în mod obiectiv pot găsi cu uşurită ajutor. Ei pot suferi de un gen de neîncredere care îi fac cumva dependenţi de ei înşişi.

D. Hartman şi D. Zimberoff, cidând mulţi secialişti în domeniu (Zahn-Waxler C., Radke-Yarrow M.), arată că excesiva nesincronizare, care poate arăta în mod justificat o indisponibilitate a mamei pentru copil, poate crea serioase probleme în sfera emoţională a copilului. Se ajunge astfel la dezvoltarea unor atitudini polarizante în funcţie de construcţia psihologică a fiecăruia, tocmai ca un efect compensativ sau de autoreglare a acestei lipse de sincronizare dintre el şi mamă. Prin urmare anumiţi copii „îşi pot dezvolta în mare măsura *empatia şi preocuparea pentru ceilalţi*, alături de care se asociază sentimente ca vină şi ruşinea" (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002).

Totodată De Groot şi Rodin, vorbesc despre *„hipervigilenţă"* la stările celorlalţi, „atidudine ce conduce la neglijarea sau invalidarea propriei experienţe subiective şi la tendinţa compulsivă de a cere confirmare exterioară pentru a menţine stima de sine şi sentimentul identităţii" (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002). Desigur că aceste atitudini se sedimentează odată cu experienţa şi ele pot fi repetate inconştient de viitorul adult în relaţia cu propriul copil, ducând la atitudini de supraprotecţie, ajungându-se în cele din urmă iar la o nesincronizare, întrucât părintele,

preocupat fiind în mod exagerat pentru îngrijirea copilului – aşa cum o vede el – scapă din vedere reacţiile emoţionale ale acestuia.

Mai mult decât atât, această atitudine supraprotectivă, nu-i conferă copilului autonomia de care are nevoie pentru a descoperi şi experimenta, într-un fel acea capacitate de a fi singur, ceea ce conduce pe mai tarziu, la un anumit grad de dependenţă faţă de figura maternă, acea „reglare a Eului" de care vorbeşte Z. Biringen (v. Biringen Z., 2000).

Indisponibilitate maternă *– nesincronizare emoţională – (a) sentimentul neajutorării – centrarea pe sine vs.* *(b) empatie şi preocupare exagerată pentru ceilalţi – confirmare exagerată din exterior pentru a menţine stima de sine* ***Hiperprotecţie maternă*** *– nesincronizare emoţională – nedezvoltarea capacitaţilor de a explora şi a deveni autonom – teamă în situaţii nefamiliale – dependenţă*

Dacă e să ne gândim că ambii – atât copilul cât şi părintele – sunt conectaţi la emoţiile celuilalt numai dacă sunt fixaţi asupra elementelor nonverbale, atunci este cât se poate de probabil ca acei copii ce devin adulţi cu *dificultăţi în a recepţiona ceea ce se trasmite dincolo de limbaj*, să fi suferit în primul lor an de viaţă tocmai de pe urma relaţionării defectuoase cu propria mamă.

De asemenea, se pot dezvolta şi *comportamente de supracompensare*, astfel că un copil în aceeaşi situaţie este cât se poate de probabil să caute mai tot timpul semnalele emoţionale ale mamei – care sunt puţine dat fiind lipsa ei de implicare – pentru a face o conectare cu aceasta sau pentru a reface „o relaţionare" defectuoasă, fapt ce explică la unii adulţi capacitatea extraordinară de a detecta într-un timp scurt mesajele nonverbale ale celorlaţi. Aceasta este desigur o ipoteză care merită cercetată şi care nu s-a bucurat de prea multă atenţie în lumea ştiinţifică, nedându-se încă o importanţă aparte aptitudinilor anumitor persoane în a privi cu suspiciozitate alte persoane a căror limbaj corporal este în discordanţă cu ceea ce spun sau persoane care descifrează rapid emoţiile celuilalt, fără o pregătire prealabilă.

Tot în lucrarea lor despre accesul la informaţii din memoria cea mai veche, Hatman D. şi Zimberoff D. trimit la cercetările lui A. Lieberman şi J. Pawl (1988) care, observând copiii cu probleme de ataşament, au remarcat că acei copii cu ataşament anxios pot fi încadraţi în trei categorii in funcţie de gradul şi lipsa de disponibilitate afectivă. Se ajunge astfel la *indiferenţă şi predispunere la accidente*, acei copii care nu caută prezenţa mamei chiar şi pe perioade de timp mai îndelungate (apud. Hartman D, Zimberoff D., 2002). Desigur că ei nu oferă semnale de tensiune internă în legătură cu lipsa figurii materne şi nu încearcă deloc să o caute. Ceea ce este interesant, spun autorii, este faptul că această categorie de copii sunt predispuşi la accidente, atunci când se agaţă de ceva sau cad de cele mai multe ori, adică nu au o stabilitate la nivelul membrelor.

O altă tipologie este a copiilor care işi *inhibă acţiunea de a explora*. Ei ezită să se apropie şi să manipuleze mediul, obiectele din mediu, dezvoltând o oarecare reticenţă când se confruntă cu situaţii nefamiliale, fapt care, spun autorii, „generează din partea mamei o implicare mai puternică" atitudine ce încurajează dependenţa.

Cea dea treia categorie este a copiilor care manifestă o *competență precoce* adică ceea ce specialiştii numesc copil parental. În aceste cazuri copiii preiau aproape în oglindă rolurile părinților, tocmai datorită faptului că sunt singurele roluri care li se oferă şi în care sunt acceptați, reducânduli-se astfel anxietatea. Acesta este unul din motivele pentru care aceşti copii din această categorie nu se pot ataşa de o figură primară care le-ar putea oferi securitate şi protecție şi care să fie receptivă la nevoile lor.

1.2. „Trauma prin omisiune"

Un caz particular al procesului de nesincronizare emoțională îl constituie fenomenul „traumei prin omisiune" ce îşi are rădăcinile în relația timpurie dintre mamă şi copil, până în prenatalitate.

În lucrarea sa *„When the impossible happens"* Stanislav Grof aminteşte experiența pe care el însuşi a avut-o într-o clinică din Londra, unde prin anii '60 se experimenta o metodă controversată ce avea în componență administrarea de LSD şi implica contactul fizic între psihoterapeut şi client.

Inovată de doi terapeuți britanici, Joyce Martin şi Pauline McCririck, metoda se remarca prin faptul că îşi dovedea eficiența în special la acele persoane ce aveau subsidiar o istorie a abandonului, în care emoțiile dominante erau cele de rejecție şi lipsă de ataşament, fapt ce ducea la o deprivare emoțională timpurie. Aşadar, sunt nesatisfăcute acele nevoi primitive de o intensitate aparte şi care cer o satisfacere aproape instinctuală, acele nevoi care ajută la crearea unui sentiment de securitate ca bază a dezvoltării emoționale.

Experimentând el însuşi metoda, S. Grof ajunge – într-o stare modificată de conştiință – să regreseze tocmai la perioada intrauterină, aducând la suprafață emoții şi senzații corporale din propria experiență de făt. Astfel, el susține că „în mai mult de trei ore, o perioadă pe care am perceput-o ca o eternitate, am simțit cum experimentez continuu ambele situații – „sân bun" şi „uter bun" – simultan sau alternativ" (Grof S., 2006, p. 13).

Prin urmare, se poate observa că acest gen de regresie ajunge până la perioada prenatală, acolo unde este începutul contactului fizic dintre mamă şi copil. Însă, o parte dintre copii recepționează celălalt gen de experiență, aceea a unui uter neprimitor şi a unei mame nereceptive la nevoile lor, fapt ce specialiştii denumesc *„traumă prin omisiune"*. Acest gen de experiență este înregistrată de făt şi poate conduce la tulburări dintre cele mai diferite. În acest context D. Chamberlain confirmă că legătura dintre mamă şi făt este greu de comparat cu o altă expeiență similară, ea fiind o legătură unică bazată pe o conexiune totală. Separarea poate proveni încă din uter în sensul nestabilirii unei legături între cei doi sau poate interveni imediat după naştere, ca urmare a unor cauze externe sau interne cum ar fi introducerea fătului într-un incubator datorită problematicii subsecvente naşterii premature, depresia post-partum, tulburărilor psihiatrice ale mamei sau chiar refuzului conştient al copilului.

Vorbind despre separare D. Chamberlain spune că aceasta „este o experiență atât fizică cât şi emoțională pentru copil şi poate începe oricând, în uter sau după naştere. Indiferent când începe, această experiență este o lovitură asociată violenței" (în

www.birthpsychology.com). Senzaţia de „a nu fi dorit" este o senzaţie repede recepţionată de făt, iar dacă aceasta persistă este în opinia lui un lucru care agravează foarte mult condiţia acestuia.

Deşi pare îngrijorător, această traumă este una dintre cele mai profunde pe care fiinţa umană o poate înmagazina vreodată. Desigur că o astfel de privare emoţională este înmagazinată la nivelul sistemului limbic, aşa cum J. LeDoux pare să afirme, ea stînd pe aceeaşi treaptă cu alte experienţe traumatice care privesc violenţa în acea perioadă. Sunt emoţii şi nevoi bazale care cer o satisfacere aproape imediată, emoţii care foarte probabil că gravitează în jurul nevoii de „a fi iubit" şi nevoii de securitate.

În acest sens prezentăm următorul model care se bazează pe cercetări recente ale relaţiei mamă-copil şi au în vedere tocmai proasta gestionare a acestor nevoi bazale, cu efecte care se pot observa pe termen lung:

Respingerea copilului (fătului) – nestisfacerea nevoilor de bază – insecuritate emoţională – nedezvoltarea capacităţilor empatice şi dificultăţi de ataşament – violenţă şi neadaptare socială

Ilustrative sunt cercetările lui H. P. David (1988), care au urmărit pe o perioadă de treizeci de ani copii care au fost nedoriţi de către mame. Ele au fost forţate să-i crească, însă în mod conştient nu-i doriseră. Aşadar, studiindu-se vieţile acestor copii pe o perioadă atât de lungă de timp, H. P. David a putut extrage câteva concluzii care arătau că, în comparaţie cu grupul de control, copii acestora deveniseră adulţi mult mai expuşi riscului unei neadaptări sociale, având mai multe probleme de natură psihiatrică. „În domeniul prenatal şi perinatal, spune D. Chamberlain, furia şi violenţa sunt efecte naturale ale respingerii şi separării, iar securitatea şi pacea sunt efecte naturale ale comunicării şi iubirii" (în www.birthpsychology.com).

Aşadar, undeva violenţa şi atitudinea de indiferenţă sau de rejecţie par a fi asociate şi este foarte probabil ca ele să implice mecanisme neuronale şi biochimice asemănătoare, fapt care ar explica acest tip de comportamente. Iată că indisponibilitatea afectivă maternă ce decurge în acest caz nu de o nesincronizare, ci de o respingere a copilului, generează acest tip de experienţă traumatică, prin dezvoltarea unui sentiment de insecuritate şi la o anumită emoţionalitate care, propagă la rândul său o lipsă de ataşament şi de empatie.

2. Tulburarea de ataşament

Experienţele timpurii ale unei separări bruşte, a neglijării sau a abuzului ca şi schimbarea figurii materne (în sensul în care copilul tinde să se ataşeze de o anumită figură care va fi înlocuită de alta la scurt timp) sau lipsa disponibilităţii afective materne sau paterne conduc la ceea ce denumim *tulburare de ataşament*. Criteriile de diagnoză a tulburării de ataşament sunt diferite de criteriile folosite în diagnosticarea stilurilor de ataşament – securizant sau insecurizant – întrucât copilul în cel de-al doilea caz manifestă ataşament faţă de o figură de care se fixează într-un mod mai mult sau mai puţin anxios, securizant.

Există două tipologii de clasificare a tulburării de ataşament, cea impusă de taxonomia ICD-10 (denumită *Reactive attachment disorder of infancy* şi *Desinhibit disorder of chilhood*) şi cea impusă de DSM-IV-R (denumită *Reactive attacment disorder of infancy or early childhood*).

Cele două clasificări sunt într-o anumită măsură similare, ambele incluzând criterii ca:

– raporturi sociale inadecvate în cele mai multe contexte;
– tulburarea nu este reprezentată doar de o întârziere de dezvoltare şi nu îndeplineşte criteriile cerute de tulburarea pervazivă de dezvoltare;
– debutează înainte de vârsta de 5 ani;
– necesită o istorie a unei neglijări semnificative;
– necesită o lipsă de a se identifica sau de a prefera o figură de ataşament.

Avem astfel:

1. Tulburarea de ataşament reactivă

Este prima formă descrisă a tulburării de ataşament. Copilul manifestă „un eşec în a iniţia sau a răspunde la cele mai multe interacţiuni sociale, manifestându-se prin răspunsuri excesiv de inhibate, acest copil nu acceptă sau nu caută confortul în momente de pericol, de alarmă sau de primejdie, iar din acest motiv el „eşuează" în a menţine proximitatea, elementul esenţial al comportamentului de ataşament".

Copiii cu acest tip de tulburare sunt greu de liniştit, nu acceptă sprijin din partea nimănui – chiar şi atunci când vine de la mamă – având de asemenea tendinţa să se joace singuri. În relaţia cu ceilalţi ei nu sunt foarte prietenoşi şi au o interacţiune inadecvată cu străinii în care nu există niciun fel de apropiere.

2. Tulburarea de ataşament dezinhibitorie

Această formă a tulburării de ataşament se găseşte în polaritate cu prima. Ea se caracterizează prin faptul că sunt identificate comportamente excesive de sociabilitate exacerbată, nondiscriminativă şi o excesivă familiaritate cu persoanele străine.

Prin urmare, dacă în primul caz aveam un copil care doreşte singurătatea, care nu doreşte şi nu iniţiază contacte sociale, evitând chiar contactul cu persoanele foarte apropiate, în cel de-al doilea caz apare un comportament compensativ, în sensul în care el se dovedeşte receptiv chiar şi la contactele cu persoane care-i sunt străine. Aşa că dacă în primul caz avem un deficit, în cel de-al doilea avem un surplus, un „exces de contact", tocmai pentru a compensa o nevoie bazală nesatisfăcută. Printre cauzele tulburării de ataşament, specialiştii în psihologia copilului mic au identificat:

– o incapacitate a persoanei care îl îngrijeşte după naştere (mama în cele mai multe dintre cazuri) de a răspunde adecvat la nevoile copilului, incapacitate de cele mai multe ori datorată depresiilor post-partum, mamelor care au fost ele însele neglijate emoţional în copilăria timpurie sau care au suferit un abuz;
– abuzul sau neglijarea; în acest caz *dacă mama sau persoana care-l îngrijeşte este cea care generează durere fizică sau abuz emoţional, atunci copilul va suferi în mod cert şi va avea dificultăţi mari de ataşament*;
– schimbarea constantă a persoanelor care-l au în grijă de la naştere este o altă sursă care duce la tulburare de ataşament pentru copil;

– instituţionalizarea timpurie crează condiţiile formării pe viitor de legături emoţionale insecurizante;
– îmbolnăvirea copilului sau a altă dizabilitate. Părinţii se pot uneori simţi copleşiţi de nevoile copilului, dacă acesta este în mod constant bolnav sau în suferinţă şi se pot retrage.

În cele mai multe dintre cazuri aceşti copii nu se simt foarte legaţi afectiv de cei care îi îngrijeşc, în ciuda eforturilor acestora – în special a mamei – de a le oferi iubire şi afecţiune, iar acesta este unul dintre motivele pentru care mulţi dintre ei pot fi diagnosticaţi greşit ca depresivi.

După cum putem observa legătura dintre mamă şi copil este esenţial şi ţine de un curs natural al lucrurilor. Mama este disponibilă să iubească, să susţină, să creeze siguranţă, iar copilul încă înainte să se nască este total receptiv la astfel de mesaje. Legătura nu este una fără implicaţii fiziologice întrucât se eliberează endorfine, molecule cu o puternică forţă în a motiva şi energiza psihicul şi de a crea ceea ce se numeşte „starea de bine".

Consecinţele pe termen lung a copiilor cu tulburare de ataşament pot fi greu de recuperat. Ca adulţi vor avea foarte puţină încredere în ei înşişi şi în oameni, vor evita contactele emoţionale, vor avea puţine contacte sociale agreând mai mult solitudinea. Dacă se va întâmpla să investească emoţional atunci vor suporta cu greu pierderea dacă aceasta se va produce, sunt incapabili să depăşească şi să o ia de la început.

De asemenea, conform unor ultime teorii (Mercer J. et al., 2003) este de menţionat aici că aceste persoane sunt într-o oarecare măsură incapabile să „citescă" expresiile faciale, gesturile şi nuanţele vocii, fiind totodată incapabili să trimită astfel de mesaje. Dacă această comunicare începe imediat după naştere, atunci ea este evident legată şi de relaţia pe care copilul şi mama o stabileşte încă din prenatalitate. În preajma unor figuri materne insensibile sau care nu răspund adecvat nevoilor pe care le au, sau dimpotrivă cu figuri materne care se schimbă frecvent în acea perioadă, copiii pot avea foarte puţine momente care le-ar încuraja apropierea, întrucât acest lucru se asociază unei situaţii mai degrabă inconformabile, decât uneia care să încurajeze securitatea.

3. Defense ale copilului mic

Deşi iniţial se credea ca defensele pot apărea numai odată cu formarea Eului, un număr apreciabil de specialişti vorbesc despre defense psihice încă de la vârsta de cinci luni. De fapt ele nu sunt defense ale Eului ci, am putea spune, sunt defense ale psihicului aşa cum este el structurat încă de la acea perioadă, adică mecanisme prin care psihicul se apară de influenţe timpurii care s-au structurat încă din perioada prenatală şi perinatală. În lucrul cu pacienţii care au suferit traume timpurii D. Kalschen a observat existenţa unor dificultăţi afective cu totul speciale, în care a identificat anumite *modalităţi de apărare ale psihicului* diferite de ceea ce în mod uzual se înţelegea prin defense ale Eului.

Acest tip de defense par „a apăra" persoana de un miez afectiv încărcat cu anxietate, iar autorul le-a asociat traumelor timpurii din perioada prenatală şi primilor doi ani din viaţă, atunci când Eul nu este încă format. După părerea sa „trauma timpurie este o experienţă ce cauzează copilului o durere psihică insuportabilă, atât de severă încât nu

poate fi procesată de capacitatea simbolică şi asociativă a acestuia, înainte ca Eul să se formeze" (Kalschen D. in Field T., 1995). Aceste defense primitive aparţin psihicului de dinaintea Eului care încearcă o apărare a sa de un nucleu anxios de o mare intensitate. În această perioadă copilul este pur şi simplu copleşit, paralizat de aceste *„afecte-persecutor"* care conduc la o disociere interioară. Este ceea ce D. Winnicott definea prin *„agonii primitive"* ale unui copil, experienţe traumatizante întipărite la un nivel primar al psihicului, care pot contura mai târziu problematici psihopatologice.

Autorul, încercînd să identifice una din cauze care ar produce astfel de defense face referire la studiile lui M. Fortham (1974), care în lucrul cu copii cu autism, a descoperit că astfel de afecte ar ţine de o atitudine a mamei prin care – conştient sau inconştient – *doreşte moartea propriului copil* (apud. Kalschen D. in Field T., 1995). În fapt, Fortham M. priveşte autismul ca fiind o defensă de această categorie, o defensă prin care copilul recurge la o „încapsulare chiar din primele zile ale vieţii sale", ce apără psihicul de explozia afectului, ca urmare a acestei atitudini anterioare a mamei ce a fost transmisă fătului. Aceleaşi concluzii au fost exprimate de o serie de psihoterapeuţi, care au încercat să trateze tulburări de personalitate cum ar fi borderline, depresia, tulburările schizoide, descoperind în subsidiar aceleaşi defense primare.

Făcând de asemenea apel la cercetări în domeniu, D. Hatman şi D. Zimberoff vorbesc despre mecanisme defensive la copil cum ar fi:

Comportament de tip „îngheţ" – un mecanism psihologic ce apare încă de la cinci luni şi se manifestă ca o înţepenire a corpului şi o privire fixă mai mult de 20 de minute;

Comportamentele maniacale – ce apar la doisprezece sau optsprezece luni, ca un raspuns la situaţii în legătură cu care copilul mic simte teamă;

Inhibiţie şi impulsivitate – primul apare la copiii cu un comportament evitant, cel de-al doilea la copiii cu un comportament ambivalent.

Autorii conchid că aceşti copii evoluează ca şi adulţi la stadii de depresie, tulburări anxioase, tulburări afective sau chiar a personalităţii de tip borberline, alţii ajung la tulburări de tip alimentar sau se confruntă cu dependenţa de droguri.

CAPITOLUL 5:
Studii privind relaţia dintre disponibilitatea afectivă maternă, problematica naşterii şi emoţionalitatea mamei şi a copilului

1. Studii privind importanţa disponibilităţii afective materne înainte de naştere

Printre primii care au cercetat importanţa ataşamentului prenatal a fost Leifer (1977), care a studiat un grup de 19 femei însărcinate pentru a constata modul cum acestea creează o oarecare legătură cu copilul din interiorul lor. Faptul deosebit a fost că 25% dintre aceste mame aveau un ataşament scăzut sau nu dezvoltau niciun ataşament faţă de propriul făt. Acest procent, deloc de neglijat, a pus pe gînduri pe cei interesaţi de problematica fătului şi a gravidei, atfel că încă de atunci problematica legăturii emoţionale dintre mamă şi făt devenise una demnă de luat în seamă.

Th. Verny aminteşte şi el despre studiul realizat Gerhard Rottnonn pe 141 de femei însărcinate, studiu în care s-a cercetat atitudinea faţă de sarcină. Rezultatele au fost cel puţin surprinzătoare, în sensul că femeile care îşi doreau copilul atât conştient cât şi inconştient au avut travalii mai uşoare, iar cele care nu doreau copilul au avut probleme în timpul sarcinii şi un procentaj destul de mare de naşteri premature, copii cu greutate mică şi cu problemele emoţionale. În sudiu a mai fost inclus şi un al treilea grup, cel al mamelor „ambivalente", care deşi conştient nu doreau copilul, inconştient aveau o atitudine pozitivă la naştere, iar o mare parte dintre ele au dezvoltat probleme gastro-intestinale sau de comportament. Autorul studiului evidenţiază trei factori care ar predispune mama la un risc emoţional înalt pentru sarcină (Verny T, 2006, p. 122): relaţia partenerială nesatisfăcătoare; relaţia cu propria mamă – influenţa conştientă sau inconştientă a modelului de rol; frici în legatură cu modul în care va arată după naştere sau frici în legatură cu sănătatea copilului nenăscut.

Legătura dintre disponibilitatea afectivă maternă înainte de naştere şi naşterea ca proces a fost efectuat de către specialişti de la Universitatea din North Carolina (apud. Verny T., 2006, p. 123). Ei au demonstrat că mamele care aveau dificultăţi în a crea o legătură emoţională cu fătul aveau naşteri cu complicaţii, travalii mai lungi, o exista o pondere mai mare în folosirea forcepsului la naştere, iar copii lor aveau la naştere un scor Apgar mai mic şi de asemenea aveau scoruri mai mari la un test de depandenţă.

D. Chamberlain descrie un alt experiment în care fuseseră implicate un număr de 8000 de mame, care erau căsătorite şi care urmaseră un program de îngrijire prenatală. Ele au fost împărţite în două categorii, cele care-şi doriseră sarcina şi femei care nu-şi

doriseră sarcina (Chamberlain D., 1998, p. 210). Datele statistice au arătat ca acei copii a caror mame nu-şi doriseră sarcina prezentau un risc de două ori şi jumătate mai mare de a muri în primele 28 de zile de la naştere. În acest context, el este de părere că atitudinea faţă de sarcină influenţează fătul şi „se trasmite mai departe într-o ecuaţie de viaţă-moarte", lucru semnificativ când ne gândim la influenţa naşterii asupra psihicului copilului.

De asemenea, al studiu desfăşurat în Marea Britanie pe o populaţie de 40 de femei de către H. Pollok şi A. Percy sugerează că un ataşament prenatal scăzut poate prezice o simptomatologie a anxietăţii, dispoziţii emoţionale disturbante, depresie şi o oarecare iritare în legătură cu fetusul sau chiar abuz fetal, fapt ce acordă o deosebită importanţă rolului ataşamentului prenatal în contextul dispoziţiei emoţionale a mamei (Pollok H., Percy A., 1999).

Specialişti din cadrul Royal Maternity Hospital Belfast au demonstrat existenţa unei legături prevalente între sarcinile nedorite şi ataşamentul prenatal. Studiul a luat în considerare atât mamele cât şi taţii (Macphearson C. et al., 2004). În studiu au fost incluşi 100 de femei şi 67 de bărbaţi cărora le-a fost aplicat inventarul de ataşament antenatal Condon J. Rezultatele au aratăt ca femeile care nu îşi doriseră sarcina aveau scoruri mult mai joase la chestionarul de ataşament în timpul celui de-al treilea trimestru de sarcină, decât femeile din alte grupuri (cele care îşi doreau să ramână însărcinte mai târziu sau mai devreme). De asemenea tot aceleaşi femei au dovedit o calitate a ataşamentului scazută.

Există de asemenea studii (Bustan M., Coker A., 1994) care pun în legatură incidenţa deceselor la naştere cu atitudinea mamei faţă de sarcină. Contrar altor studii desfăşurate anterior şi care aveau ca obiectiv testerea aceleiaşi ipoteze, studiul susţinut de M. Bustan şi A. Coker s-a centrat pe sentimentele pe care femeile le manifestau faţă de sarcină, cu cel puţin şaşe luni înainte de naştere. Rezultatele au fost remarcabile în sensul în care s-a găsit o legătură semnificativă între mortalitatea fetală şi sarcina nedorită. Neacceptarea sarcinii conform altor studii (Zuravin S., 1991) conduce la creşterea riscului unor tulburări în starea de sănătate a viitorului copilul, inclusiv abuzul, şi la întârzieri în dezvoltarea cognitivă şi socio-emoţională.

Ceea ce putem concluziona de aici este importanţa deosebită pe care o are faptul de a fi dorit copilul şi dezvoltarea legăturii emoţionale cu acesta înainte de naştere, ce decurge din disponibilitatea afectivă a mamei, elemente care sunt esenţiale pentru naştere şi pentru starea psihologică a copilului de mai târziu.

2. Studii privind legătura dintre disponibilitea afectivă maternă înainte de naştere şi relaţia postnatală dintre mamă şi copil, precum şi dezvoltarea cognitiv-emoţională a acestuia

Tot Th. Verny îl citează pe dr. White de la Universitatea din Harvard care a realizat un studiu despre disponibilitatea afectivă a mamei şi rolul ei în dezvoltarea ulterioară a copilului. Astfel, s-a constat faptul că într-adevăr disponibilitatea mamei influenţează într-un mod semificativ performanţa copilului în sarcini, cu mult mai mult

decât statutul social şi educaţional al părinţilor. Aceasta dispobilibitatea a mamei a fost definită în cadrul proiectului în termeni de responsabilitate, entuziasm, comunicare şi generozitate în legatură cu timpul şi emoţiile lor.

D. Chamberlain face apel la o cercetare derulată în Grecia şi S.U.A. (Chamberlain D., 1998, p. 209), cercetare ce a scos în evidenţă moduri diferite de manifestare a copiilor cu vârsta de trei luni. Diferenţa dintre grupuri era faptul că unii dintre ei fuseseră „planificaţi" iar ceilalţi fuseseră „neplanificaţi". Rezultatul a fost că acei copii „planificaţi" aveau răpunsuri formate dintr-un număr mai mare de vocale în comparaţie cu cei care nu fusereră planificaţi. Ce se întâplase de fapt era că acei copii consideraţi „planificaţi" arătau nivele mai înalte ale comportamentelor cognitive şi a ataşamentului faţă de propria mamă, în comparaţie cu acei copii consideraţi „neplanificaţi".

Într-un studiu efectuat în Marea Britanie pe un număr de 100 de gravide, autorii (Fogany P. et al., 1991) au inventariat ataşamentul prenatal în ultimul trimestru de sarcină, punând scorurile în legătură cu tipul de ataşament al copilului din aşa-numita „strange situation" a lui Ainsworth M. Indicii de corelaţie au fost destul de înalţi, acest lucru aratând că ataşamentul părintelui are un efect destul de ridicat asupra ataşamentului copilului.

D. Hartman şi D. Zimberoff. în articolul lor despre accesul la memoria unor influenţe timpurii, fac apel la cercetările lui Feldmar (1979) care, studiind istoria unor adolescenţi care aveau până în acel moment cel puţin cinci încercări de suicid în aceaşi perioadă a anului, a aflat un fapt surprinzător: această perioadă corespundea cu momentul în care mamele lor au încercat să-i avorteze (apud. Hartman D., Zimberoff D., 2002). Aşadar, deşi ei nu aveau conştiinţa acestui fapt, în mod inconştient el se manifesta în viaţa lor ca o modalitate de exprimare a faptului că nu au fost doriţi. Chiar mai mult decât atât, Feldmar a aflat că metodele folosite pentru a se sinucide erau similare cu cele pe care mamele lor le folosiseră în încercarea lor de a avorta.

Despre legătura timpurie dintre ataşamentul prenatal şi relaţia dintre mamă şi copil după naştere face referire un studiu efectuat în Suedia pe 100 de femei însărcinate în ultimul trimestru de sarcină (Siddigui A., Hägglöf B., 2000). Măsurând ataşamentul prenatal al mame faţă de copii şi apoi după 12 luni relaţia dintre acestea şi copii, A. Siddigui şi B. Hägglöf au putut demonstra faptul că ataşamentul prenatal este un bun predictor pentru relaţia timpurie dintre mamă şi copil. Mamele care obţinuseră scoruri ridicate la inventarul de ataşament prenatal aveau scoruri ridicate la interacţiune şi implicare emoţională, relaţionând cu copii prin folosirea după naştere a unei stimulări prin apropiere mult mai mari, prin urmare o implicare mai mare a acestora.

Legătura dintre ataşamentul prenatal şi ataşamentul postnatal a fost evidenţiată şi de un studiu a lui E. Demato, efectuat pe 139 demame de gemeni în perioada se sarcină. Autoarea a demonstrat că 21% din varianţa ataşamentului postnatal al mamei este explicată de ataşamentul prenatal în asociere cu simptomele depresive ale mamei (Demato E., 2004).

N. Vliegen într-o cercetare recentă desfăşurată în Belgia (Vliegen N., 2009), s-a reuşit să demonstreze rolul pe care disponibilitatea emoţională îl are în comunicarea timpurie dintre mamă şi copil. Având ca populaţiei ţintă femeile care sufereau de depresie postpartum, N. Vliegen a arătat că atât mamele cu acest tip de diagnostic cât şi copii

acestora manifestă o disponibilitate emoţională mult mai mică a unora faţă de alţii în comparaţie cu mamele care nu aveau un astfel de diagnostic. Astfel, în această relaţie timpurie comunicarea nonverbală emoţională, în cazul mamelor cu depresie postpartum este una de mai mică amploare decât în cazul mamelor care nu sufereau de depresie postpartum. De asemenea, mamele cu depresie postpartum manifestau o interacţiune cu propriul copil mai puţin animată, iar copilul era mai puţin implicat. Din acest punct de vedere ele dovedeau o mai puţină capacitate senzitivă, erau mai puţin capabile a structura interacţiunea cu copilul, dovedind o mai mare intruzivitate.

Dacă e să ne gândim că relaţia timpurie dintre mamă şi copil este fundalmental legată de dezvoltarea emoţională a copilului, atunci ne putem da seama care sunt complicaţiile care apar atunci când mama suferă o depresie imediat după naştere. Schimbul preverbal emoţional este periclitat, copilul răspunzând corespunzător, astfel că emoţionalitatea lui are un al curs al dezvoltării decât ar fi fost în celălalt caz. Ceea ce putem deduce de aici este că marea majoritate a acestor studii au relevat rolul considerabil pe care îl are relaţia timpurie între mamă şi copil, relaţie care este extinsă în prenatalitate. Aceasta atitudine de „a nu dori copilul" conştientă sau nu, de intensităţi variabile care frizează uneori cu tendinţa de a-l avorta, duce la perturbări emoţionale grave ale acestuia, perturbări care în cazurile extreme conduc la acte suicidale.

Cercetările enumerate mai sus nu fac altceva decât să pună în evidenţă rolul considerabil pe care în are „dorinţa de a avea un copil", acceptarea sarcinii şi ataşamentul mamei faţă de acesta încă din perioada prenatală, ca factori importanţi în dezvoltarea emoţională a copilului, în dezvoltarea unui echilibru emoţional. Multe dintre aceste studii au remarcat rolul importanţei prenatale în dezvoltarea cognitivă a copilului, fapt care ne îndemnă să ne punem serioase întrebări asupra factorilor care influenţează în mod obiectiv emoţionalitatea copilului mic şi dezvoltarea sa verbală.

Aşadar, ne permitem să reamintim că există o diferenţă considerabilă între a dori să avem un copil şi a nu fi planificat, la fel cum este o diferenţă considerabilă între a conştientiza că nu îl dorim sau a rămâne la o impresie inconştientă, elemente care structurează diferit emoţionalitatea acestuia şi modul cum va răspunde la mama sa din primele saptămâni de la concepţie şi la mediul pe care il va descoperi după naştere.

CAPITOLUL 6:
Cercetare privind relaţia dintre mamă şi copil din perspectiva dezvoltării emoţionale a adultului

1. Experienţa retrăirii simbolice a „naşterii" în cadrul grupului de psihoterapie experienţială. Studii de caz

Cercetarea noastră este un studiu calitativ asupra relaţiei dintre mamă şi copil (făt) ca urmare a travaliilor psihoterapeutice efectuate pe un număr de 10 grupuri de psihoterapie în decursul anilor 2008–2009. Aceste grupuri au fost desfăşurate în cadrul *Societăţii de Psihoterapie Experienţială din România* în diferite localităţi ca Iaşi, Piatra-Neamţ, Arad, Timişoara, Bucureşti.

De-a lungul derulării lucrului psihoterapeutic am avut uneori de-a face cu o problematică profundă asociată lipsei disponibilităţii afective a mamei în timpul sarcinii şi imediat după aceea. Această indisponibilitate a fost urmată uneori de tentative de avort care s-au reflectat în traume din perioada de sarcină, respectiv într-o problematică emoţională ce ieşea la iveală involuntar, cerând o intervenţie psihoterapeutică aparte. Acest lucru ne-a îndemnat să reconstruim metaforic contextul psihologic al sarcinii şi apoi să punem persoana – adultă acum – în contact cu emoţiile şi senzaţiile din acea perioadă, un fel de „re-facere" a unei perioade care rămăsese întipărită în memoria afectivă, o perioadă în care se puseseră bazele emoţionalităţii de mai târziu. Problematica indisponibilităţii afective materne şi inerent a lipsei de ataşament faţă de făt în timpul perioadei prenatale părea a fi una care care lăsase „urme" adânci în psihicul adultului, afectând acum modul cum se raporta emoţional la anumite aspecte ale vieţii sale.

Lipsa unui contact afectiv cu mama, lipsa unei comunicări autentice, respingerea mai mult sau mai puţin conştientă a fătului, agresiunea lui sub diferite forme (tentative de avort singulare sau multiple) au dus la un cumul de emoţii prin care i-a fost transmis copilului, încă din acea perioadă, că „nu este dorit". Consecinţele au fost pe măsură: de la simpla „nelinişte" intrauterină din al III-lea trimestru de sarcină, la naştere prematură sau la complicaţii dintre cele mai nefericite, cum ar fi cea a circularei pericervicale de cordon ombilical.

„Asfixierea" a fost foarte des întâlnită la cazurile cu care am lucrat regresie prenatală, devenind cu timpul unul din indicii „obişnuiţi" atunci când aveam de-a face cu un caz în care persoana nu fusese dorită, apăruse dintr-o sarcină întâmplătoare sau urmare a unei neasumări de rol a mamei, care deseori venea să confirme o problematică veche în familia acesteia. Aşadar, problematica legată de rolul matern a fost o altă observaţie pe

care am facut-o în sedinţele de psihoterapie experienţială. Ea se constituia uneori ca şi cauză a nasumării maternităţii la femeile a căror copii aveau dificultăţi în prioada prenatală şi perinatală. Însă, o astfel de problematică a rolului nu este singulară în acest context, ci se găseşte în relaţie atât cu rolul patern care o contrabalansează, cât şi cu asumarea feminităţii ca aspect psihologic ce „însufleţeşte" o viitoare mamă.

Din acest punct de vedere, cazurile studiate de noi au extins deseori problematica psihologică departe, pe tarâmul generaţiilor trecute, spre aspecte neintegrate sau prost integrate ale rolurilor identitare care s-au trasmis de la o generaţie la alta. Aceasta aducea cu sine o „asumare falsă de rol" cât şi o „simptomatologie" repetitivă a naşterilor de la o generaţie la alta. Repetarea experienţei naşterilor dificile de la mamă la fiică, repetarea avorturilor spontane sau naşterea unor copii deja morţi, repetarea „asfixierii" ca modalitate „reparatorie" de strangulare a existenţei nedorite, sunt câteva dintre problematicile care „s-au dus" mai departe, parcă purtând o informaţie esenţială pentru generaţii – aşa cum vom vedea – cu consecinţe durabile atât pentru individ cât şi pentru familia sa.

Vă vom prezenta în continuare trei studii de caz pe care le-am considerat deosebit de semnificative din punct de vedere a modului cum se structurează emoţionalitatea adultului pe o bază emoţională care se contureză pentru prima oară în perioada prenatală.

1.1. Corina – o fată care „nu trebuia să se nască"

Corina este o femeie de 34 de ani, casătorită. Participă la grupul de psihoterapie experienţială având deja multe ore de dezvoltare personală, unde – spune ea – a mai lucrat problematica maternă.

Contextul naşterii

Din discuţiile ulterioare cu ea am aflat istoricul sarcinii mamei sale, atunci când mama era însărcinată cu ea. Astfel, depistarea sarcini a fost la aproximativ 2 luni iar sarcina a fost nedorită. Mama a încercat să avorteze folosindu-se de diferite metode de genul: stat în apă fierbite, băut vin roşu, băut tot felul de fierturi din plante („leacuri băbeşti"), eforturi fizice. Pentru mama ei, spune Corina, „era o ruşine să mai aibă un copil la vârsta asta (31 ani) şi la o diferenţă aşa de mare faţă de ceilalţi doi (fratele avea 12 ani, iar sora avea 8 ani)". Tot ruşinos i se părea faptul să aibă trei copii („familiile „bune" aveau unul sau doi, doar "sărântocii" faceau mai mulţi copii, fiindu-i astfel o teamă de ce spunea „gura" satului"). Nu a dorit-o pe tot parcursul sarcinii, întrebându-se tot timpul de ce a trebuit să rămână însărcinată, întrucât doi copii îi erau suficienţi şi prin urmare îi era ruşine cu sarcina. A fost o sarcină uşoară, fără probleme, greţuri sau dureri. Sentimentele materne şi mulţumirea au apărut abia în momentul naşterii. Mama ei nu îşi aminteşte cu precizie cum a fost naşterea, dar i se păruse grea. Nu ştie cât a durat travaliul, nu cunoaşte scorul Apgar. Îşi aminteşte doar că la naştere i s-a descoperit o infecţie urinară.

Înainte de a prezenta experienţa Corinei, trebuie amintit un fapt cel puţin curios: *chiar în ziua în care a lucrat „maternitatea şi naşterea" Corina se născuse la propriu în urmă cu 34 de ani!* Mai mult decât atât, una dintre fetele prezente la grup – cea mai bună

prietenă a Corinei – născuse şi ea în aceeaşi zi, fapt care ni se pare extrem de interesant pentru ceea ce se întâmplase.

Exerciţiul provocativ

Am indus la nivelul grupului o relaxare profundă după care le-am dat ca stimul cuvântul *„mama"* sugerându-le să-şi lase liberă imaginaţia şi să lase să curgă tot ce este legat de acest cuvânt: senzaţii corporale, emoţii, trăiri, gânduri, frânturi auditive, etc. Apoi, odată informaţiile apărute, am cerut grupului să intre în contact din ce în ce mai profund şi mai autentic cu ele, iar apoi să revină uşor în realitatea de „aici şi acum", unde li s-a sugerat să exprime prin intermediul desenului ceea ce tocmai experimentaseră.

Relaxarea în grup urmată de imageria autoexploratorie provocativă pe o anumită temă, avut ca scop deconectarea de la situaţia prezentă şi intrarea în contact cu planurile emoţionale profunde ale psihicului, conectate la ceea ce este legat de unul dintre primele cuvinte pe care copilul mic le învaţă.

Desenul a fost şi el element de suport pentru fixarea în „aici şi acum" a situaţiei experimentate, mod de punere în plan real, obiectiv a ceea ce fusese „extras" din realitatea subiectivă a subiectului. Desenele au relevat fapte spectaculoase în relaţia mamă-copil, relaţie asumată de actuala femeie, care purta un întreg lanţ energo-informaţional din perioada de când aceasta fusese copil.

1.1.1. Regresarea şi clarificarea emoţională

Corina a putut regresa până la un stadiu foarte profund, undeva unde relaţia ei cu mama se structurase foarte bine, scoţând la iveală un sentiment al respingerii şi indiferenţei. Trebuie să amintim aici că în timp ce Corina îşi explora emoţiile din relaţia ei cu mama, i-am cerut să aleagă o persoană din grupul de psihoterapie care avea din caracteristicile acesteia şi care i-a folosit ca substitut matern pe întreaga derulare a procesului psihoterapeutic, înseşi Corina chircindu-se asemeni unui făt în braţele ei. Prezentăm în continuare întreg demersul psihoterapeutic:

Corina cu desenul în faţă

C: Nimic nu e întâmplător: cum am ajuns astăzi aici, la 34 de ani de la naştere. În momentele respective (exerciţiul de relaxare, desenul) am simţit o apăsare, o durere, aici (localizează zona pieptului, sub cutia toracică), am simţit-o ca şi cum ar fi fost diafragma, şi am făcut-o cu verde, şi de acolo treptat – treptat am extins-o. Şi am făcut-o floare. Normal sunt..., mă gândesc, ori eu cu mama, ori eu cu maternitatea mea. Astea sunt lacrimile mele, acestea sunt lacrimile mamei mele, e ca şi cum iarăşi mă văd în două părţi – partea de sus sunt eu, partea de jos e mama.
T: Partea de jos e mama?
C: Da. Că e mama – mamă sau că mama – eu.
T: E mama ta integrată.
C: Ca să strâng lacrimile am făcut două cupe roşii, de iubire. Nu ştiu de ce am simţit să pun galbenul, dar am avut senzaţia de galben în timp ce eram in exerciţitu. Mi-a venit să plâng în timpul ăsta şi asta am simţit – durere *(localizează cu mâna la nivelul diafragmei).*
T: Ţi-a venit să plângi atunci când...
C: Atunci când am conştientizat durerea şi apăsarea.

T: Cu alte cuvinte e posibil la tine să fie o ruptură aici, nu? Aici. *(localizează pe corp)* Iar tu te situezi aici şi mama ta de dincoace *(pe desen)*, adică mama ta e în partea inferioară a corpului care e legată de bazin, de maternitate, de uter.
C: Maternitatea mea e blocată…
T: Nu ştiu, vedem.
C: OK.
T: În legătură cu ce ai asociat lacrimile?
C: În legătură cu mama, cu mama mea, cu durerea. Cu durerea.
T: O durere legată de..., ai senzaţia legată de ce ar putea fi durera?
C: *(un fel de oftat, respiraţie ca de eliberare)* Senzaţia de..., mi-au venit lacrimile..., am..., de durerea de..., de nedisponibilitatea mamei afectivă faţă de mine.
T. Aha!... De faptul că ea...
C: Da. Adică, eu tot timpul sunt cu o cupă aici.
T: Şi plâng pentru faptul că...
C: Dar ea...
T: Spune, eu plâng pentru faptul că…
C: Eu sunt o cupă pentru mama.
T: Rămâi aşa cu mâna!
C: Iar mama nu este o cupă pentru mine.
T: Pentru ce plângi tu, în legătură cu mama ta sau în legătură cu tine, pentru faptul că ea nu e acolo?
C: Pentru faptul că nu e cupă pentru mine, nu mă conţine.
T: Că nu te conţine?
C: Îhm.
T: Cum ţi-ai dori să fie conţinută, să fi tu conţinută?
C: Cu căldură *(foarte încet, încep să apară lacrimile).*
T: Ceea ce simţi tu acum este..., spune-mi te rog, ce simţi tu acum? În momentul ăsta.
C: Am nevoia de legănat.
T: Ai nevoia să legeni sau să fii legănată?
C: Să mă leagăn, să fiu legănată. Să fiu iubită, să fiu conţinută, să fiu acceptată, să fiu dorită.
T: Îhm. Ia spune-mi, identifici pe cineva dintre persoanele prezente care ar semăna un pic cu mama ta? Rămâi cu senzaţia pe care o ai.
C: Pe L. *(L. este o persoană din grupul de psihoterapie)*
T: Pe L.?
C: Îhm.
T: Bine. L. vino încoace. *(C. şi L. sunt în mijlocul sălii)*
T: Cum ai vrea să te ţină mama ta?…
C: În braţe. *(C. se aşează în braţe la L., pe braţul stâng)*
T: Aşează-te în braţele ei şi rămâi în această stare şi observă-te, să vedem, lasă-ţi emoţiile… Ce se întâmplă cu tine? Ce simţi?
C: Să mă agăţ.
T: Agaţă-te! Ce senzaţie ai chiar acum? Ceea ce simt eu acum este...
C: Că sunt într-un cuib.
T: Îhm, parcă sunt într-un cuib. Şi mă simt...
C: Bine.
T: Îhm... Ce mai simt eu?
C: … Îmi vine să plâng. *(plânge în hohote, din tot corpul)*
T: Plângi. Aşa, dă-ţi drumul, dă-ţi voie, dă-ţi voie să plângi. Ceea ce simţi tu acum este..., ce simţi?

C: Completă.
T: Îhm, te simţi completă. Cum te mai simţi?
C: ....mamă...*(mai spune ceva însă nu se aude, este regresata emoţional la un stadiu foarte mic)*
T: Spune, spune-i, ce ai vrea să-i spui mamei tale şi nu i-ai spus? E momentul, chiar acum.
C: Să mă înţelegi, să mă accepţi aşa cum sunt.
T: Vreau să mă înţelegi, vreau să mă accepţi. Ceea ce mai vreau de la tine mamă este...
C: Să nu mă-npovărezi.
T: Să nu mă-npovărezi. Ceea ce simt acum pentru tine mamă este...
C: Acceptare.
T: Este acceptare. Ceea ce nu ţi-am spus până acum mamă..., ce nu ţi-am spus?
C: Că te accept.
T: Că te accept. Bravo! Arată-i că o accepţi. Îhm.
C: Ma-ma, ma-ma...ma-ma *(se cuibăreste în braţele ei şi plânge repetând mama, ma-ma, ma-ma, ma-ma, ma...ma... . Aici probabil a regresat în perioada preverbală!)*
T: Ce simţi acum? Cum simţi acum?
C: *(este în contact direct cu emoţiile de când era foarte mică şi le exprimă în forma de atunci, fiind complet regresată emoţional, plânge, se chirceşte – poziţie de fetus simbolic situată intrauterin)*
T: Observă-ţi acum emoţiile, vezi ce simţi?
C: *(verbalizează emoţiile însă cu o voce extrem de joasă şi în înregistrare nu se aude)*
T: Ce simţi?
C: *(verbalizează emoţiile însă cu o voce extrem de joasă)*
(La un moment dat se desprinde de L., se întorce pe spate, îşi întinde picioarele. Doreşte să se relaxeze. E ca şi cum „se naşte" simbolic cu ajutorul acestei metafore corporale.)
T: Te-ai chircit? Şi ce ai vrea să faci cu el? Relaxează-te. Dă-ţi voie să te relaxezi, acum. E mai bine? Întoarce-te. Ţi-e mai bine? Ok. Încearcă să rămâi cu starea asta şi s-o integrezi, acum în momentul ăsta. Uşor, încet...
C: ...simt căldura. *(arată cu mâna căldura pe care o localizează exact acolo unde mai înainte ţinea măna ca un căuş)*
T: Îhm, simţi cum se lasă căldura în jos? Ok. Las-o să se lase. E important s-o laşi, dă-ţi voie chiar şi imaginar s-o laşi, să treacă în jos. Întinde-te. Las-o să treacă, să iasă, să treacă prin tine acum... Cum te simţi, ce simţi?
C: Liniştită.
T: Te simţi liniştită. Rămâi cu starea asta şi integreaz-o, integreaz-o mental şi emoţional, ca şi cum ar rămâne în tine pentru totdeauna. Ce-ţi vine în minte?
C: Mă simt bine.
T: Îhm, te simţi bine?
T: Acum, încet-încet, încearcă să revii uşor-uşor, uşor-uşor la Corina cea de acum. E ok? *(revine la Corina cea adultă şi îşi reia locul pe scaun)*
T: Ceea ce vreau de la tine acum, dacă simţi nevoia acum sau mai încolo, să desenezi altceva... Mai ai nevoie de contact, ok?
T: Vezi ce culori îţi trebuie. Încearcă să desenezi ceva care te caracterizează acum.
(Desenează "oul" – galben la interior, roşu incadrează şi verde la exterior doar în partea inferioară şi lateral.)
T: Ce experimentezi chiar acum? Când desenezi?
C: Pace.
T: Îhm.
C: Pace şi linişte.

T: Îhm. Şi?
C: Şi un zâmbet... acceptare...
(A terminat desenul şi îl "modelează" cu degetul, finisând culoarea. Mângâie cu degetul culoarea, desenul.)
T: Îhm. Dă cu degetul aşa în continuare. Pur şi simplu lasă degetul, lasă-l fără un obiectiv. Îhm. Lasă-l să curgă. Ce simte?
C: E finuţ.
T: Îhm. Cum mai e?
C: Plăcut.
T: Îhm. Cum mai e?
C: Călduţă, ca o apă...
T: Ca o apă!...Când simţi nevoia să te opreşti, poţi să te opreşti.
T: Iată cum e maternitatea ta, acum. Ca o apă, fină, caldă...
T: E ok?
C: *(aprobator din cap) (Aici mimica Corinei era schimbată în comparaţie cu ceea ce afişase în timpul regresiei: era mult mai luminosă, muşchii feţei erau relaxaţi şi zâmbea.)*

1.1.2. Analiza desenelor

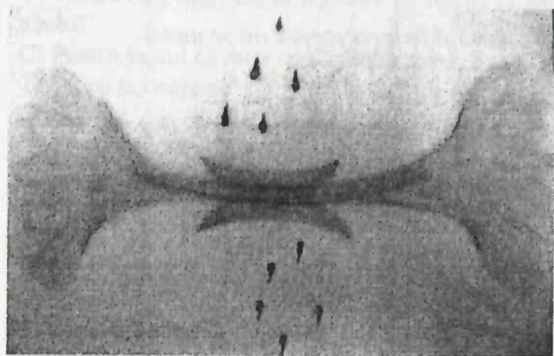


Fig. 1.

Primul desen, pe care Corina îl identifică cu o „floare", este unul abstract (Fig.1). El a scos la iveală o disociere clară între Eul ei, partea asumată a personalităţii, şi o altă parte a sa, „maternul", neasumată, respinsă, neglijată. Partea de eu, o simte sus, iar partea de „mamă" o simte jos, amândouă fiind scindate, „rupte" parcă una de alta, printr-un fel de barieră verde, ce poartă la capete două „fascicole" galbene.

De o parte şi de alta a acestuia, pe el, stau două figuri roşii ce seamănă cu două cuve în care „strânge" lacrimile, o trimitere parcă la „tristeţea" relaţiei sale cu propria mamă. Culoarea roşie este asociată cuvei, metaforă semnificativă pentru „conţinere", însă trimite la o „conţinere a lacrimilor albastre", albastrul fiind pus clar în relaţie cu elementul apă, ceea ce ne duce cu gândul la principiul feminin. Această formă metaforică exprimă acea „maternitate tristă" în care atât copilul cât şi mama plâng.

Durerea localizată în zona pieptului, sub cutia toracică, acolo unde cele două „cupe" stau „spate în spate", este o acumulare de energie, sugestiv exprimată prin culoarea roşie, energie care este în legătură cu strângerea lacrimilor acolo, adică cu strângerea sentimentelor cu o valenţă negativă care nu au fost niciodată exprimate sau au fost exprimate defectuos, însă fără a fi integrate Eului. Galbenul la rândul său este cea mai caldă, cea mai însufleţită culoare, cumva cea mai luminoasă. Faptul că este aşezată la capete şi acoperă lacrimile, ne duce cu gândul ca faptul că lumina există însă împreună cu tristeţea, ele sunt cumva inseparabile.

După ce Corina şi-a facut travaliul naşterii, experimentând şi cealaltă parte a maternului, cea care conţine, care este acolo să ofere iubire necondiţionată, am rugat-o să elaboreze din această stare finală un al doilea desen în care să facă ce-i vine, ce-i trece prin minte. Din ceea ce iniţial era ceva întins, acum este un „ou" compus din trei din cele patru culori iniţiale, însă *într-o formă unificată*. Astfel, galbenul este aici culoarea predominantă şi este aşezat în centru, încercuit de roşu şi apoi de albastru (Fig. 2).

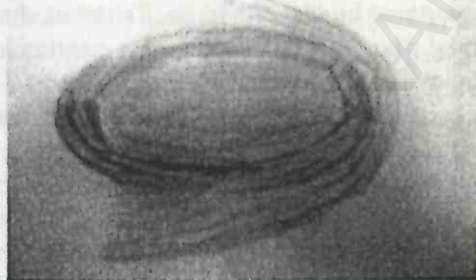


Fig. 2

Această nouă rearanjare ne face să ne gândim că ceea ce înseamnă viaţă, lumină, acum se simte ocrotit de iubire, de căldură. Dacă înainte ceea ce conţinea era tristeţe, acum roşul „conţine" viaţa, aşadar tot ceea ce este guvernat de roşu susţine viaţa. Peste ele se află albastrul cu o intensitate a nuanţei mai slabă ca la început. Ea înconjoară parţial „oul" format din galben şi înconjurat de roşu. E ca şi cum „oul" este învăluit în iubire şi renăscut, regenerat poate cu o trimitere la ceea ce s-a restructurat la nivel inconştient.

Privit acest desen în ansamblu, ne gândim la „uterul" matern care este redat metaforic prin culoarea albastru, un cerc deschis la capete, „ce conţine" aşa-numitul „ou", acum exprimat în două culori. Iar dacă ţinem cont că roşul îl asociază „iubirii", atunci „oul", oarecum şi un semn al conştiinţei, este înconjurat de iubire într-un uter hrănitor.

1.1.3. Concluzie

Experienţa pe care tocmai avusese parte Corina este una inedită. Emoţiile experimentate de ea au un substrat arhaic autentic, fiind dintre primele experienţe ale ei cu mama. Dacă este să luăm în considerare şi faptul că, chiar în acea zi, Corina îşi sărbătorea ziua de naştere – lucru deloc de neglijat! – atunci contextul naşterii simbolice este unul cât se poate de real.

Acceptând faptul că la început totul a fost trăit ca o scindare, unde lacrimile de tristeţe, atât deoparte cât şi de alta, sunt puse în două „cupe" diferite, care stau în opoziţie una faţă de alta, unde culorile galben şi roşu sunt de asemenea desenate în părţi diferite, atunci este clar că în acest caz Corina se simte dispersată, în două părţi care nu comunică deloc. Unificarea este semnificativ reliefată de cel de-al doilea desen unde culorile sunt un întreg, iar figura este ovoidală. „Oul" aşa cum ea înseşi îl descrie este un element complet, un element de început şi de sfârşit, o sugestie la reînnoirea periodică şi de aici la „renaşterea" ei sub o altă formă. Nu putem să nu ne gândim aici la simbolistica „oului" care de cele mai multe ori apare ca germene al primei diferenţieri, o formă de început care succede haosului, ceea ce ne duce cu gândul la faptul că multă emoţie neexprimată devine conştientă iar ea începe să se diferenţieze ca eu matern de ceea ce era integrat în inconştient ca fiind legat de „maternitate", un fel de conştiinţă pentru ceea ce mult timp fusese inconştient.

Travaliul experiențial o ajută pe Corina „să renască" într-un nou mediu, unul în care pacea (liniştea), iubirea şi sentimentul că este acceptată, dorită sunt forțe materne importante în dezvoltarea sa. Tristețea, durerea se tranformă, se resemnifică în *acceptare*, faptul de *a fi dorită* şi în *iubire*, sentimente ce au o cu totul altă formă pentru „copilul" Corina. Ea a experimentat o nouă fațetă a „mamei sale", una în care accentuează iubirea şi care stimulează creşterea. Maternitatea ei este şi ea acum transformată, recreată şi reintegrată şi din perspectiva mamei bune, calde, susținătoare, care iubeşte necondiționat, care este disponibilă afectiv pentru copilul ei. Energia, blocată cumva între Eu şi inconştient, se deblocheză, curge lin, se trasformă şi ea, astfel că energia asocită „durerii" strânse şi înmagazinată la nivelul diafragmei, se scurge acum liber către uter, vagin aşa cum însăşi ea simte spre finalul travaliului psihoterapeutic (v. Mitrofan I., Stoica D., 1995, p. 164).

Nu trebuie uitat faptul că adultul şi „copilul" Corina a folosit foarte mult atingerea de-a lungul întregului demers psihoterapeutic, o componentă restructurantă, mobilizatoare de o importanță maximală în acest gen de proces, dacă avem în vedere faptul că simțul tactil este primul simț care se dezvoltă la făt şi unul din componentele de bază, alături de „văz", care structurează ataşamentul copilului față de mamă. Cele două personaje „copilul şi mama" sunt acum integrate într-o nouă formă. Corina încheie un ciclu care se pare că suferise o „ruptură", între „maternitatea" ei inconştientă şi Eul său feminin, dar şi între Eul său şi propria mamă.

1.2. Alexandru – un băiat care „nu respira"

Pe Alexandru l-am cunoscut la unul din cursurile de psihologie prenatală pe care le-am susținut în cadrul Societății de Psihoterapie Experiențială din România. Este un tânar de 34 de ani, necăsătorit.

Contextul naşterii

Din discuțiile ulterioare cu Alexandru am putut afla că conceperea sa s-a produs într-un moment în care mama sa nu era căsătorită cu tatăl său, acesta fiind implicat într-o altă relație, un context care fără doar şi poate este unul care generează o stare de nesiguranță, dacă e să ne gândim la importanța relației dintre cei doi parteneri şi a asigurării unui stări de siguranță partenerială pentru viitoarea mamă care parcurge perioada prenatală. Nu trebuie uitat aici că la această siguranță contribuie atât sentimentul de protecție cât şi cel de continuitate pe care îl oferă un partener stabil femeii.

La câteva luni după experiența avută – travaliul experiențial – Alexandru află cu surprindere că tatăl său mai avusese un băiat dintr-o altă căsătorie, informație care nu îi fusese dezvăluită niciodată. Ceea ce mai află este semnificativ pentru experiența sa vom reda în continuare aşa cum el ne-a decris: „Legat strict de naştere am aflat că mama deşi nu era căsătorită încă cu tatăl meu (acesta, deşi era practic separat, încă nu era divorțat de a doua lui soție) şi-a dorit un copil, la recomandarea medicului, care i-a spus că *o naştere o să o ajute să scape de urmările unui TBC* avut în urmă cu câțiva ani. Aşa m-am născut

şi eu şi apoi, după vreo doi ani, sora mea. Acesta pare a fi unul din motivele pentru care mama şi-a dorit sarcina, care până la naştere după spusele ei a decurs normal. Naşterea a fost uşoară, doar că m-am născut fără să respir, fără niciun ţipăt, doctorul reuşind într-un final să-mi deblocheze căile respiratori" – spune Alexandru. Această lipsă de aer şi imposibilitatea de a respira am mai simţit-o şi în experienţa din cadrul grupului psihoterapeutic". Tot el ne spune după câteva luni de la travaliu: *„un alt lucru interesant este legat de ora de naştere care dacă nu mă înşel este aproximativ aceeaşi – 13.00 – cu ora „naşterii" mele în cadru psihoterapeutic*"; alt fapt care este unul cât se poate de curios şi provocator în acest context.

Exerciţiul provocativ

Deşi cursul ca atare prevedea doar o abordare teoretică, trebuie să menţionăm aici că aceasta a urmat provocării acestei experienţe regresive, întrucât am avut în vedere „experimentarea relaţiei cu mama" ca bază practică pentru ceea ce trebuia expus din punct de vedere teoretic. Este important a se face referire la aceste aspecte cadru pentru a nu se poate induce ideea eronată că explicaţiile teoretice ar fi influenţat sau ar fi produs o astfel de experienţă. Ea a luat naştere pur şi simplu ca urmare a confluenţei oportune dintre pretextul psihoterapeutic şi emoţiile pe care fiecare dintre noi le păstrăm în straturile lăuntrice ale psihicului nostru.

Astfel, pretextul psihoterapeutic a început prin a stimula participanţii la grup în a se ridica în picioare pentru a interacţiona nonverbal unul cu celălalt. Odată cu acest pretex am introdus un fod muzical care să fie în acord cu această interacţiune a lor. Tot acest fond exprima un fel de situaţie de început, în care lucrurile nu au o formă exactă, în care ceea ce domină este contactul dintre ele, interacţiunea lor, mişcarea, prezenţa în şi prin mişcare, alăturarea dintre fiinţele umane, uniunea prin mişcare. A urmat apoi o muzică mai lentă, relaxantă, o muzică pe fondul căreia le-am sugerat persoanelor participante să se aşeze într-o poziţie confortabilă, să se relazexe constant din ce în ce mai profund. Muzica a avut rol de linişitire, de a crea o situaţie care urmează „concepţiei", în care apele sunt liniştite şi se aşează uşor în matca lor, pentru a lăsa să se dezvolte totul într-o nouă formă.

Aici am introdus stimulativ cuvântul „mama" sugerându-le – ca şi anterior – să-şi lase imaginaţia liberă pentru a curge tot ce este legat de acest cuvânt: senzaţii corporale, emoţii, trăiri, gânduri, frânturi auditive etc. Am cerut apoi grupului să intre în contact din ce în ce mai autentic cu ceea ce tocmai experimentează fiecare în felul său, să înregistreze informaţiile aşa cum apar ele, în forma lor brută (fragmentată sau nu) colorată sau fără culoare, însoţite de orice emoţie oricare ar fie ea. A urmat apoi revenirea progresivă la realitate, în „aici şi acum", unde au trebuit să transpună prin intermediul desenului ceea ce tocmai experimentaseră. Aşa cum am mai afirmat, desenul a fost şi el element de suport pentru fixarea informaţiei în context psihoterapeutic din „aici şi acum", mod de punere în plan real, obiectiv a ceea ce fusese activat în realitatea subiectivă a persoanei. Cerându-le apoi să vorbească despre ceea ce tocmai au făcut şi experimentat, Alexandru şi-a asumat primul rolul de client, copleşit fiind din interior de emoţia pe care tocmai o experimetase.

1.2.1. Regresarea şi clarificarea emoţională

Alexandru regresează foarte profund, până la stadiul intrauterin, unde experimentează o stare de teamă căreia i se adaugă fiziologic o imposibilitate de a respira adecvat. Acestă „neputinţă" şi „teamă" el o resimte fiziologic, atunci când intră din ce în ce mai profund în contact cu starea iniţială. Vom reda mai departe conţinutul regresiei emoţionale, conştienţi de faptul că există foarte multe elemente ce ţin de manifestarea fiziologică care nu pot fi redate în scris.

Mai facem precizarea că am notat pe Alexandru cu C1 iar pe Dora, o femeie de la acelaşi grup, am notat-o cu C2. Am făcut acest lucru deoarece demersul psihoterapeutic a fost foarte interesat întrucât Dora, într-un moment anume, a avut o efuziune emoţională intensă, care a destabilizat-o pentru o vreme şi devind din observator, client, care îşi va integra o experienţă similară conectată cu cea a clientului focusat pe lucrul prenatal.

Alexandru cu desenul în mână

C1: A fost interesant, cand...m-am gândit la cuvântul „mama" nu m-am gândit la aşa ceva, când a trebuit să desenez asta mi-a venit să fac un oval, un cerc...

T: Vreau să iei desenul, să ne araţi întâi tuturor.

T: Acum vreau să iei desenul în mână şi vezi ce experimentezi? Ce-ţi trezeşte desenul ăsta? *(Alexandru respiră adânc, greoi.)*

C1: Nu ştiu înainte când stateam aşa şi mă uitam la el, a început să-mi bata inima foarte tare...

T: Îhm...

C1: Ca o teamă...dar nu ştiu de ce?

T: Încercă să reintri în contact cu desenul, chiar acum...priveşte...şi pune-te pe tine acolo. Ce experimentezi?

T: Simt că...

C1: Simt că...îmi bate inima foarte puternic şi că nu am aer.

T: N-am aer, mă sufoc...îhm...rămâi cu ochii închişi, încearcă să-ţi conştientizezi bătăile inimii şi să-ţi accentuezi teama...acentuează teama chiar acum şi vezi ce-ţi trece prin cap? Ce-ţi trece prin cap chiar acum?

C1: *(Îi dau lacrimile, balbăie ceva neinţeles)*

T: Spune...ceea ce simt chiar acum este...

C1: Ceea ce simt...simt un tremur în tot corpul...transpir şi mi-e frică de ceva, nu ştiu...

T: Ok. Accentuează frica...accentuează...şi vezi ce-ţi trece prin cap?

C1: Se întâmplă ceva.

T: Ce anume se întâmplă? Ce-ţi vine să faci?

C1: Să ţip, să m-ascund *(probabil o nevoie arhaică de a se feri de ceva care îi creează teama, probabil ceva care este agresiv pentru el)*

T: Încearcă să te ascunzi, poţi să te ascunzi chiar acolo? *(deşi se află intr-un colţ, el se bagă şi mai mult într-acolo, teama este vizibilă)*

T: Rămâi acolo şi ascunde-te. Poţi să te ascunzi? *(vin lângă el şi incerc impreună cu el să-l ascund)* Vezi ce experimentezi?

(Momentul este unul inoportun întrucât se scurtcircuitează contactul cu emoţionalul iar el iese din stare.)

T: Ai ieşit din stare?... Ai avut imagini? Ce imagini ţi-au venit în minte? Încearcă să verbalizezi...

C1: Era o teamă... dar... era nu ştiu... şi acum îmi dau seama că se leagă de acum vreo patru zile, eram la o discuţie la cafea cu cineva, tot aşa un psiholog, discutam despre respingere... şi-mi povestea de un caz de-al ei în care a găsit o respingere la cineva intrauterină, că a vrut să

fie dat afară... şi-mi zice „respingerea e a ta" ...discutasem mai demult şi nu ştiam de unde, că nu puteam să merg până acolo... „a, de acolo vine!" şi am început să...realizez atunci în discuţia aceea că mama în momentul în care m-a avut pe mine nu era căsătorită, tata era căsătorit cu altcineva, era sitaţia destul de confuză şi că poate de acolo mi se trage.
T: Atunci mama ta probabil a vrut să...
Cl: Probabil a vrut să... *(respiră adânc la fel ca la început)* renunţe la mine.
T: Da.
Cl: Şi...în momentul acela când am realizat am avut o durere aici la (...) şi a trebuit să plec de durere. Mi-am revenit după aia. *(respiră greu din nou)*
T: Ce simţi chiar acum, în momentul ăsta?
Cl: Probabil aşa e, am vrut să discut cu ea dar nu am apucat...
T: Ce simţi chiar în momentul ăsta?
Cl: O sfârşeală aşa.
T: Te simţi sfârşit?
Cl: Da. Dar şi linişiti.
T: Îhm. Bine, repriveşte desenul şi vezi ce-ţi mai vine, ce mai asociezi cu desenul respectiv? Pur şi simplu lasă imaginaţia, vezi de imagini, ce mai asociezi?
Cl: Am aşa o stare de linişte, de căldură, de confort, de...de bine, în momentul în care am meditat şi m-am gândit la cuvâtul mama, asta vedeam: siguranţă...n-am văzut asta *(aici se referă la faptul că există două momente, cel al senzaţiilor asociate cuvâtului şi cel al desenului care inspira de fapt teamă)*
T: Dar metaforic ai exprimat asta? *(cu referire la desen)*
Cl: Da.
T: Acolo e un fetus care... ce se întâmplă cu el?
Cl: Care...creşte acolo...
T: Ce face el? Încercă să fii fetusul respectiv! Pur şi simplu dă-ţi voie, e ca un joc.
T: Eşti fetusul respectiv...ce-ar spune fetusul? Ce spui? *(respiră din nou adânc, pentru a treia oară!)* Ce-ţi vine să spui?
Cl: ...că...vreau să trăiesc...
T: Vreau să trăiesc. Ia vezi, ce mai spui?
Cl: Şi...să respir...
T: Îhm.
Cl: Da, am aflat şi asta că am avut probleme.
(Alexandru trece iar în raţionalizare, încercând să fugă de emoţie în amintiri, în eventuale confirmări.)
T: Rămâi acolo...rămâi pe desen şi vezi ce ai mai vrea să spui? Pur şi simplu pune-te pe tine acolo...şi vezi ce ai mai vrea să spui. Ce ai vrea să spui?...Vreau să respir, vreau să trăiesc...
Cl:...şi vreau să nu...să nu fiu lepădat sau ceva aşa.
T: Să nu fiu abandonat? *(începe să lăcrimeze din nou)*...Ce simţi chiar acum? *(din nou respiră adânc, de parcă s-ar sufoca)*
Cl: Simt că asta vreau şi acum.
T: Îhm. Bine, ştii ce vreu de la tine? Să priveşti printre fetele de aici din grup şi să vezi dacă este vreuna care seamănă cât de cât cu mama ta. *(în acel moment Alexandru o identifică pe I.)*
Cl: I.
(O chem pe I. în mijloc şi îi pun pe cei doi să se aşeze. Alexandru se aşează chircit cu capul în poala ei, apoi îl pun iar în contact cu emoţiile şi dintr-o dată începe să plângă.)
T: Bine. Vreau să staţi jos amândoi şi să vezi cum vrei să te ţină mama ta? Tu ştii cum vrei să te ţină. Fii în contact cu ea şi îţi dai seama de cum ai vrea să fii în legătură cu ea. Cum ai vrea să stai? Încercă să experimentezi starea. Ce simţi acum?

C1: Mă doare... *(Alexandru vorbeşte foarte jos, plânge şi mormăie: probabil aici s-a simţit „făt")*
T: Ce te doare? Spune, ce te doare! Ce te doare?
C1: Sufletul, nu ştiu...
T: Ce simţi, vezi ce simţi, ce-ţi vine să faci?
(În tot acest timp l-am învelit ca într-un „uter" cu diferite materiale, reprezentându-i metaforic contextul experienţei prenatale)
T: Incearcă să respiri! Hai, odată cu mine!
T: Ce simţi chiar acum? Vezi ce simţi? *(respiră foarte greu şi deschide ochii)*
C1: Mă simt mai...
T: Ce-ai vrea să faci?
C1: Să respir în continuare.
T: Hai respiră! Hai şi mai profund! Hai! Hai! Vezi ce-ţi vine să faci?
C1: Să mă întind.
T: Hai, întinde-te. *(Alexandru îşi descătuşează membrele)*
C1: Ahh...
(Aici se produce un fapt important: o persoană din grup, pe nume Dora, în aceste momente face identificare proiectivă cu mama lui Alexandru atunci când îl naştea şi începe să plângă foarte puternic. Îmi îndrept atenţia către aceasta pentru că pur şi simplu nu se poate controla.)
T: Vezi ce simţi? Spune!
C2: Nu vreau!... nuu vreau!... nuuu... *(plânge în hohote, trăieşte rezonant experienţa la expulzie ca şi cum ar fi născut)*
T: Ce se întâmplă cu tine, vezi ce tăieşti?
C2: Fata mea moareee...
T: Cum? Spune!
C2: Nu vreaauu... Doamneee...
T: Relaxează-te, relaxează-te. Uşor... uşor...
C2: Am crezut că nu se va întâmpla... *(plânge, dar mai stapânită)*
(Dora face identificare proiectivă cu mama lui Alexandru şi îşi trăieşte propriile emoţii de culpabilitate şi mai ales frică de când ea ca şi mamă născuse o fată pe care la acel moment nu şi-a dorit-o şi pe care probabil a dorit să o avorteze! În tot acest timp Dora se linişteşte, se ridică şi iese pentru a bea apă însoţită de o colegă din grup. Această părăsire – încurajată şi de mine – a spaţiului de lucru este şi o modalitate de a ieşi o perioadă din cadul metaforic care a activat emoţia puternică. După ce am terminat lucrul cu Alexandru, am reuşit să continui psihoterapia cu Dora, care a reuşit la rândul ei să-şi integreze teama, sentimentul vinovăţiei şi să se ierte. Tot acest demers cu Dora a fost benefic şi pentru Alexandru, întrucât el însuşi şi-a lucrat relaţia cu mama care dorise să-l avorteze. Trebuie menţionat aici că această situaţie este un motiv suficient pentru care grupurile de psihoterapie experienţială, în care se lucrează pe experienţe profunde, trebuie să fie asistate de doi psihoterapeuţi, de preferabil de sexe diferite!)
T: Vezi de ce ai nevoie în momentul ăsta...ce nevoie ai acum? *(aici revin la primul client)*
C1: Acum...să mă ţină.
T: Ok. Cum vrei să te ţină?
C1: Aşa, e bine.
T: E bine?
C1: Da. Că-mi revin. *(rămâne in starea asta o perioadă bună de timp)*
T: E ok?
C1: Da.
T: Acum revino uşor, uşor, te ridici...aşa...şi mergi. Mergi, mergi, mergi, mergi...baţi cu picioarele în pământ, baţi, baţi, baţi...cu picioarele în pământ!

T: Cum e? Mai bine?
C1: *(dă din cap aprobator)*
T: Hai mergi în continuare. Mergi, mergi, mergi...
T: Bravo.
(Alexandru doreşte să se dezbrace de tricoul cu mânecă lungă pe care îl poartă întrucât este foarte transpirat. De asemenea, acest lucru ne poate duce cu gândul şi la faptul că acest gest ar putea semnifica metaforic eliberarea lui de „placentă"!)
T: Dă jos asta, dacă asta simţi nevoie!
T: Cum te simţi?
C1: Da, interesant...şi a doua oară după ce începuse Dora să plângă că era să piardă copilul... atunci am plâns... şi am mai realizat că anul trecut am plâns pe tema asta dar... şi nu ştiam de ce? De ce am plâns atât de tare, acum vreun an, când o prietenă de-a mea a avortat şi nu mi-a spus şi am... tot aşa m-am prăbuşit şi am plâns, dar nu ştiam de ce. Şi am realizat.
T: Tocmai te-ai născut. Bravo. Trăieşti!

1.2.2. Analiza desenului

Deşi participă la exerciţiul provocativ, declanşatorul emoţiei pentru Alexandru nu este cuvântul „mama" aşa cum el însuşi recunoaşte, ci chiar desenul în sine. El desenează la întâmplare şi îşi dă seama pe parcurs că face un cerc în care introduce un detaliu semnificativ – fetusul, poziţionat lângă peretele uterului, în stânga (Fig. 3).

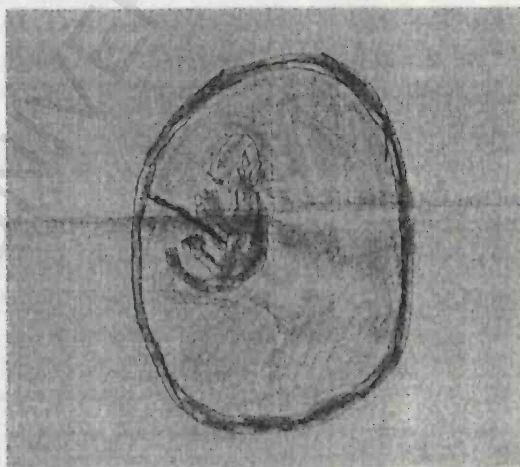


Fig. 3.

Fetusul este unul foarte mic în comparaţie cu uterul, fapt care ne face să ne gândim la perioada în care el a trăit intens experienţa fricii. Astfel, este probabil ca aceasta să fi survenit undeva la 2–3 luni, însă acest lucru este numai o ipoteză având în vedere că trebuie să ţinem cont şi de alte variabile implicate. Este de observat aici că atât fătul cât şi uterul sunt colorate cu roşu, culoare ce poate fi şi o referire subtilă la sângele care circulă prin cavităţile sangvine ale uterului, placentei şi ale cordonului ombilical. Desenul este unul semnificativ prin care este redat în modul cel mai clar cu putinţă faptul că emoţia este una care provine din perioada prenatală. Un alt element interesant al desenului este lichidul amniotic, care este prezent în tot perimetrul circumscris de acest cerc de culoare roşie de care este legat fătul prin intermediul cordonului ombilical. Lichidul amniotic este reprezentat cum nu se putea mai bine prin culoarea albastră, un fel de „bleu-ciel" care ne duce cu gândul la elementul apă. Fătul creşte într-un mediu lichid, iar o astfel de culoare este cât se poate de justificată pentru a reda acest element prin intermediul desenului.

1.2.3. Concluzie

Materialul experiențial oferit de Alexandru este unic și cât se poate de semnificativ pentru o astfel de experiență. El regresează adânc și experiementează relația timpurie cu mama sa, o relație în care *teama, sentimentul abandonului* și mai târziu *imposibilitatea de a respira* au fost indicatorii centrali. Mergând pe ideea că mama îl concepuse pe Alexandru într-un moment delicat al vieții (când partenerul ei nu era despărțit de prima lui soție) este foarte probabil ca acest lucru să fi generat la ea un sentiment al nesiguranței relației și poate a însuși sentimentului că ar putea ea să fie abandonată, emoției care fără îndoială că a fost trasmisă și fătului.

Însă frica lui Alexandru „de ceva" anume este una intensă, el dorind „să se ascundă" adică să se ferească din calea a ceva care i-ar fi putut pune în pericol integritatea fizică și însăși viața. Dacă acest lucru nu este legat de testul amniocentezei, atunci cel mai probabil el este legat de o experiență timpurie a unei încercări de avort. Lucrul nu este deloc surprizător dacă este să ne gândim la faptul că o asemenea situație de incertitudine cum este cea a mamei sale, sub presiunea socială ce domina România anilor '70, constituia un factor de presiune și anxietate pentru o femeie care rămânea însărcinată cu un bărbat căsătorit, astfel că tentativa unui avort sau chiar gândul de a face un avort putea fi intipărit emoțional de făt. Acestă ipoteză a nostră este confirmată și de cuvintele *„să nu fiu lepădat"* sau *„să nu fiu abandonat"* pe care el le folosește în timpul experienței, dar și de poziția lui în desen.

Ceea ce ni se pare de asemenea interesant în această experiență este faptul că Alexandru vine pe lume cu un scop curativ și anume acela de a ajuta mama să „scape de urmările unui TBC". Totodată, el are probleme respiratorii la naștere, un posibil *sindrom de detresă respiratorie* a nou-născutului (*sindromul de detresă respiratorie a nou-născutului este o problemă respiratorie ce apare imediat după naștere ca urmare a perturbării funcției pulmonare. Factorii de risc sunt asfixia și nașterea prematură, corelată cu o insuficientă dezvoltare a plămânilor. Are la bază incapacitatea plămânilor de a asigura schimbul gazos, mai specific de a expansiona, datorită lipsei de surfactant, un complex lipo-proteic produs de preumocitele de tip II și are ca rol menținerea tensiunii de suprafață la nivel alveolar*). Astfel, el preia psihologic o sarcină medical-curativă a mamei, cu alte cuvinte trebuie să se nască pentru a vindeca mama de TBC, pentru a-i asigura plămânilor ei starea de sanătate pentru ca ea să respire normal. Însă, el cedează simbolic din „propria respirație" pentru ca echilibrul să fie realizat – el încetează să mai respire natural pentru ca mama să respire bine am spune noi –, astfel că pericolul unui deces la naștere fusese unul destul de real pentru Alexandru.

Ipoteza este una serioasă care poate fi confirmată și de *dificultățile lui de a respira* din timpul experienței „nașterii" simbolice. Nevoia lui de a respira este majoră și ea este repetată foarte des în timpul procesului psihoterapeutic, de-a lungul regresiei. Întregul său travaliu psihoterapeutic, întreaga sa „naștere" reia nașterea reală în care copilul cu probleme de respirație vine pe lume ca un „salvator" pentru mama sa. El „renaște" acum într-o altă formă lângă o mamă care este „conținătoare" lângă care simte că este dorit și iubit necondiționat. Alexandru dorește să stea cât mai mult langă aceasta pentru a-și satisface din plin nevoile de bază de la acea perioadă și experimentează acest lucru prin contact direct cu persoana aleasă de el să joace rolul mamei. Experimentarea

acestei „mame bune" este cât se poate de vindecătoare pentru psihicul acestuia. El simte acum ce însemnă să fii acceptat, iubit, dorit, înţeles, ce însemnă să fii acolo fără a cere şi fără a da nimic în schimb, ce înseamnă să experimentezi şi cealaltă faţetă a mamei, cu tot ceea ce poartă ea informaţional.

1.3. Gina – un copil dublu-respis sau problematica repetiţiilor

Pe Gina am întâlnit-o pentru prima dată la un grup de psihoterapie experienţială. Este o femeie de 40 de ani, căsătorită, la prima vedere implicată în activităţile organizatorice şi în tot ceea ce înseamnă sarcini de ordin financiar. Ea se descrie ca o persoană care se îndeletniceşte cu cifrele foarte bine. Are două fete care sunt, aşa cum o arăta scrisoarea pe care o făcuse la început descriind relaţia cu mama, „singura legătură viabilă dintre ea şi mama sa". Realmente neînplicată emoţional, Gina îşi descrie mama mai degrabă în termeni trişti şi compătimitori, iar nemulţumirea faptului că mama nu îi acordase atenţia pe care o acordase surorii ei era evidentă în vocea ei.

Relaţia cu tatăl pare să fi fost foarte dificilă, întrucât ea îl prezintă ca un „persecutor", ca o persoană care nu se implica deloc în treburile familiale, care era alcoolic şi care, aflând că ea se născuse şi era fată, nici nu dorise să treacă pe la maternitate. În primii ani pe Gina părinţii o numesc „Ghiţă" şi îi cer atitutini care s-ar preta mai mult la un băiat decât la o fată.

Până să o aibe pe Gina, mama acesteia mai născuse un băiat mort, pe care aşa cum ea se exprima „nici nu s-a dus să-l vadă la morgă" şi mai avusese un avort la două luni după ce rămăsese însărcinată. Pe Gina, care se dorea a fi băiat în conformitate cu cerinţete tatălui, o născuse foarte greu – trecând printr-un travaliu prelungit – cu dublă circulară pericervicală de cordon ombilical (*cicularа pericervicală de cordon se referă la înfăşurarea cordonului ombilical în jurul gâtului fătului. Ea poate fi unică sau multiplă, atunci când cordonul ombilical se înfăşoară de mai multe ori în jurul regiunii cervicale fetale, dar nu este o cauză absolută de deces fetal şi nici nu reprezintă o indicaţie absolută de naştere prin cezariană. Pe de altă parte, pe măsură ce naşterea progresează, cordonul se poate strânge în timpul contracţiilor şi datorită coborârii fetale pe canalul naşterii, fapt ce duce la compresiunea vaselor, scărerea fluxului sangvin şi astfel la scăderea frecvenţei bătăilor cordului, ce poate dura pe toată durata contracţiei şi accentuarea unei hipoxii cerebrale*) şi cu un scor Apgar foarte scăzut. Ceea ce ni s-a părut foarte interesant a fost faptul că problematicile naşterii se repetă ca în oglindă la naşterea fiicei sale, care se naşte şi ea cu dublă circulară pericervicală de cordon ombilical şi cu un scor Apgar foarte scăzut. De asemenea, putem afirma că au fost foarte multe informaţii pe care le-am putut afla prin faptul că Gina îşi făcuse genograma, ca un fel de reconstituire a cadrului familial, însă vor reda mai departe doar informaţiile necesare.

Exerciţiul provocativ 1

Grupul de psihoterapie a avut loc în două zile consecutive. În prima zi am abordat un exerciţiu prin care era stimulată interacţiune, astfel că cerut grupului să se ridice în picioare şi să interacţioneze nonverbal unul cu altul, ca şi cum ar dori să se cunoască. În acelaşi timp le-am sugerat să fie centraţi pe ei înşişi, pe stările lor, pe ceea ce se întâmplă

cu ei chiar atunci, chiar acolo. După această primă interacţiune, am cerut fiecăruia în parte să se deseneze pe sine aşa cum s-a văzut, aşa cum s-a simţit. Participanţii au folosit creioane colorate pe care le-au împărţit între ei în funcţie de preferinţe, de modul în care se vedeau şi de tematica aleasă.

Gina a desenat o apă din care ieşea un cap de femeie. Deasupra lacului, cu verde, a făcut iarbă. Era evident din spusele ei că fata din lac era ea, iar celelalte persoane din grup erau reprezentate de lac, de apă. Vorbindu-i despre semnificaţia feminină a apei – trebuie specificat că toate persoanele din grup erau femei – Gina a spus ca în acest grup se simte ca „în apă", însă cum era în această apă, era o problematică inconştientă care şi ei îi era necunoscută. Dacă este să interpretăm simbolistica apei, a lacului, a mării, trebuie ţinut cont şi de faptul că „marea" este cea din care se nasc şi în care vieţuiesc animale subacvatice, un fel de „mamă" care conţine în sine viaţa. Ca atare, ipoteza că Gina făcuse o proiecţie a unei problematici timpurii putea fi luată în considerare.

Lucrându-se în prima zi foarte mult problematica maternă, am cerut grupului să conceapă până în ziua următoare o scrisoare către mama în care să se lase liberi impulsului de a scrie. Atunci când a venit rândul Ginei care, încă înainte de a începe să citească, au început să-i curgă lacrimile. Era cât se poate de evident că acolo existau emoţii dintre cele mai diverse şi că ele nu fuseseră exprimate în adevăratul lor sens, lucru confirmat de însăşi protagonista lucrului experienţial iniţiat de noi. Scrisoarea ei către mama o redăm în continuare:

Scrisoare deschisă către mama

Este ciudat...nu m-aş fi gândit niciodată să-ţi scriu această scrisoare, dacă nu mi s-ar fi propus acest lucru. A fost greu să mă hotărăsc s-o încep; ba chiar am amânat această activitate (dacă aş fi făcut-o aseară, aş fi avut un somn liniştit).

Este ora 6 şi eu mă aflu în faţa acestei foi de hârtie, neştiind cum să scriu să mă înţelegi. Să înţelegi ce a fost în sufletul şi mintea mea în toţi aceşti ani. Ştiu că dorinţa de a comunica nu a fost niciodată punctul tău forte şi, poate, din acest motiv s-au întâmplat multe... multe situaţii în care eu am avut de suferit fără să înţeleg de ce...Nu aveam cui să mă plâng, nu puteam decât „să urlu" în mine, să-mi recapăt forţele şi să merg mai departe sperând... sperând că odată cu înaintarea în vârstă, odată cu tăierea cordonului ombilical mă voi elibera.

De ce nu m-aţi vrut? Pentru că eram tot fată? Ce vină aveam eu? Cum te-ai simţit când cel care ar fi trebuit să fie mândru în postura de tătic nu s-a sinchisit să ne mai ia din maternitate? Cel care nu a ştiut niciodată când e ziua mea, la ce şcoală învăţ, cât de bine învăţ, cum mă simt, ce nevoi am, ce mă nemulţumeşte...Eu eram „Ghiţă", acel „băiat" care trebuia să fiu al vostru. Nici nu ţi-a trecut vreodată prin minte că mi-aş fi dorit să-mi laşi părul să crească lung, să-mi curgă pe spate, să port rochiţe şi încălţăminte mărimea mea şi să mă joc cu păpuşi! Nu, eu eram mereu tunsă foarte scurt, ca o varză, purtam mereu pantaloni pe care mi-i cumpărai cadou sau mi-i aducea Moş Gerilă, că deh!, trebuia să te descurci cu salariul pe care-l aveai, că celălalt, al Tatalui (...) nu era pentru familie ci pentru sufletul propriu.

În timp, Ghiţă s-a transformat în Gina...Gina care trebuia să înveţe, să ia mereu premiul întâi pentru a merita o chitară, o bicicletă...premiul a fost în fiecare an dar răsplata nu a venit niciodată. Mi-ar fi plăcut măcar să am o păpuşă, o păpuşă numai a mea...

Niciodată nu m-am simţit iubită de voi; nu-mi amintesc să mă fi drăgălit, să-mi spuneţi că mă iubiţi şi că sunteţi mândri de mine! Mamă, niciodată nu m-ai îmbrăţişat, nu am stat de vorbă ca între prietene, nu am ieşit împreună la plimbare…pe mine nimeni nu mă vedea ca un copil. Un copil cu dorinţe, cu nevoi, cu sentimente; eu eram Gina care îşi petrecea vacanţele la

bunici, copilul cuminte, silitor, pe care-l lăuda toţi profesorii, eleva tocilară invidiată de colegi (nu am ştiut de ce), eu eram copilul care îşi dorea cu disperare să primească de la Moşul o păpuşă (dar ce, hainele nu erau bune? muşcata împodobită nu arăta ca un brad?), eu eram copilul care şi-ar fi dorit o mică petrecere şi un tortuleţ de ziua lui (s-a întâmplat în premieră la împlinirea vârstei de 18 ani); eu sunt copilul care şi-ar fi dorit să meargă ca şi sora sa în excursie în fiecare an.

Mamă, de ce tata nu ne-a dus niciodată în concediu? De ce niciodată nu i-a păsat de noi? De ce l-ai suportat? Chiar şi atunci când te bătea. De ce erai numai tu vinovată de ce se întâmpla? De ce nu m-a iubit? Acum 3 ani când tu erai în spital operată şi eu preluat toate treburile gospodăriei, am avut o discuţie care a degenerat în ceartă. Era foarte mirat că eu nu doream să fiu sluga lui şi că nu-i satisfăceam imediat toate dorinţele. Atunci mi-a mărturisit că nu mă iubeşte , că nu m-a vrut şi că nu-şi doreşte decât să mor; chiar se roagă în fiecare seară să mor. M-a făcut în toate felurile, m-a înjurat şi în final m-a dat afară din casă împreună cu toată familia: soţul şi cei doi copii. Am plecat de acolo, dar nu imediat ci după ce am vândut bucata de pământ pe care intenţionam să-mi construiesc o casă şi mi-am cumpărat apartament. Ţi-am spus toate lucrurile astea dar nu m-ai crezut. De prea multe ori i-ai luat apărarea! Nu te-a mirat nici faptul că, deşi am trăit sub acelaşi acoperiş el nu s-a interesat niciodată de nepoţii care mişunau prin casă?

Este adevărat că ai avut grijă de mine doar din obligaţie? Este adevărat că pe sora mea o iubeşti? Cum explici faptul că imediat ce eu am plecat de la voi ea s-a mutat în locul meu, vânzându-şi casa, iar după câteva luni i-aţi făcut şi acte pe apartament? Ea a fost întotdeauna, „Fetiţa", eu am fost, „Ghiţă", „Obrăznicătura", Gina... Ţin minte că ţi-am reproşat odată (oare ce mi-o fi venit?) că nu mă iubeşti, că faci diferenţiere între mine şi sora mea, că nu ştii să comunici eficient, că niciodată la întrebarea, „de ce?" nu ofereai o explicaţie ci invariabilul: „pentru că aşa trebuie!". Ce ai făcut? Te-ai supărat şi ai părăsit încăperea plângând. De ce? Te-am auzit plângând mult timp dar nu am avut curajul să vin şi să te mângâi. Tare aş fi vrut atunci să vorbeşti, să-ţi descarci sufletul şi să mă ajuţi să înţeleg... să înţeleg DE CE? Nu am intrat în camera ta pentru că îmi era teamă că mă vei respinge. Ştiu cum este să fii respins.

Anii au trecut, am şi eu familia mea de care sunt foarte mândră. Acum ştiu că eşti mulţumită de mine. Nici nu ştii cât îţi sunt de recunoscătoare pentru tot ce ai făcut şi faci pentru mine şi familia mea. Atunci când am devenit mamă m-am putut baza pe ajutorul tău şi dragostea pentru nepoţi. Nu ştiu ce m-aş fi făcut fără tine! Am uitat de tot necazul şi de toată suferinţa privindu-te cum aveai grijă de copiii mei: cum îi îngrijeai, cum îi mângâiai, cum îi sărutai, cum îi îmbrăţişai...Să fie oare dragostea neexprimată faţă de mine? Te simţi foarte bine atunci când vii la mine şi copiii îţi sar în gât, te sărută şi nu mai vor să-ţi dea drumul acasă! Îţi face o deosebită plăcere să ai grijă de ei, să te joci cu ei, să mergi la biserică cu ei, să mergeţi la plimbare şi multe, multe alte lucruri care le fac plăcere, dar de care eu nu am avut parte (...).

Scriind aceste rânduri, mă întreb, mamă: ce simt eu pentru tine? Mă gândesc că, dacă atunci când vizualizez dispariţia ta am un nod în stomac şi-mi curg lacrimile instantaneu, înseamnă că te iubesc, nu? Da, te iubesc şi te iert pentru faptul că nu ai ştiut cum să mă faci să înţeleg că ţii la mine şi că aşa ai înţeles tu că însemnă să fii mamă.

Contextul de viaţă

Lucrul experienţial a scos la iveală faptul că Gina fusese un copil nedorit. Contextul în care ea se născuse era unul puţin prielnic naşterii unui copil. Tatăl ei era o persoană extrem de autoritară, care – aşa cum spune ea – venea beat acasă destul de des. Mama ei rămăsese de două ori însărcinată: prima dată născând un copil mort, a doua oară pierzând sarcina înainte de termen. Cel care se născuse mort era băiat. Însă a treia sarcină

fusese ea. Tatăl său îşi dorea cu tot dinadinsul să fie băiat, iar atunci când aflase că este fată, nu venise să-şi ia soţia din spital. Amintirile ei cele mai timpurii erau că mama sa se purta destul de rece cu ea iar tatăl său nici nu o băga în seamă. Mai mult decât atât, când ea devenise adult, la un conflict intens tatăl foloseşte cuvinte prin care exprimă că „îi dorise moartea şi că nu dorise să se nască niciodată".

Ca să se adapteze contextului de viaţă şi nevoilor părinţilor ei, Gina devenise Ghiţă, îmbrăcată în pantaloni şi cu părul scurt. Sentimentul neacceptării o dominase toată copilaria, mama nefiind tocmai consecventă în atitudine faţă de ea mai ales în relaţie cu sora mai mică. Din „scrisoarea către mama" reies sentimente de furie, învinovăţire şi frustrare, o frustrare care este legată de nesatisfacerea unor nevoi primare din perioada copilăriei, în care sentimentul respingerii, al lipsei de iubire erau destul de prezente.

Contextul naşterii

Gina se născuse cu dublă circulară pericervicală de cordon ombilical şi obţinuse un scor Apgar foarte scăzut. Mama a spus că a avut o naştere foarte dificilă întrucât Gina a rămas înţepenită pe canalul naşterii şi având circulară pericervicală, acest lucru îngreunând destul de mult travaliul naşterii. Totodată, deosebit de importantă ni se pare informaţia dată de Gina care spune că atunci când când ea înseşi a născut *propria ei fiică a avut cordonul obilical învăşurat de două ori în jurul gâtului!*

În legătură cu amintirile propriei mame despre naşterea ei, aceasta a afirmat că „au fost clipe groaznice şi sarcina de-a lungul ei fusese una toxică, întrucât mâncase pe toată această perioadă doar compot", fapt ce ne duce cu gândul la o *sarcină toxică*.

Exerciţiul provocativ 2

La următoarea întâlnire am cerut Ginei să îşi facă genograma, (*genogramele sunt reprezentări grafice şi tangibile ale unei familii ce permit explorarea clară a structurii familiei şi observarea "cadrului" familiei. Această tehnică de imagistică include toate elementele de familie – nucleară, extinsă, precum şi membrii ce nu fac parte din ea, dar au avut un rol important în viaţa de familie – cuprinde de asemenea aspectele relevante şi evenimente legate de ciclul de viaţă*) apoi cu genograma în faţă, i-am sugerat acesteia să aleagă câteva persoane, la întâmplare reprezentative din genogramă. Gina a ales pe bunica sa, care venise din altă ţară şi care avusese o viaţă căreia i se resemnase în totalitate, alesese pe mama ei, pe o soră de-a mamei foarte apropiată de bunică şi pe un frate de-al mamei (pe care-l vom numi în continuare I.) care murise în condiţii suspecte (*se bănuia că a fost ucis*) şi apoi le-a proiectat pe câţiva din colegii de la grup care i-au ţinut rol de suport în crearea propriei realităţi interioare.

Utilizând instrumentul dramagenogramei (v. Metoda dramaterapiei unificatoare, Mitrofan I., Stoica D., 2005), am rugat-o apoi să aşeze spaţial perosoanele, să se pună în locul fiecărui personaj ales de ea şi să identifice prin joc dramaterapeutic atitudinile, gândurile şi emoţiile care le sunt specifice, aşa cum ele au putut rămâne întipărite în memoria familială. După ce personajele din genogramă au fost conturate, „ele" însele exprimându-se în contextul psihoterapeutic, am rugat-o pe Gina să constuiască din personajele familiei sale o metaforă corporală, „ceva" prin care ele să fie puse în contact corporal unele cu altele. Astfel, ea aşează „femeile" pe scaune unele lângă altele: sora mamei, în mijloc bunica şi apoi mama, toate fiind apropiate corporal, iar jos în genunchi

pune pe I., fratele celor două femei. El are mâinile propriei mame la ochi, iar pe piept ajung mâinile surorilor sale (Fig. 4).

După ce s-a lucrat asupra acestui tablou, am cerut din nou Ginei să denumească tabloul. A spus, fară să ştie de ce: *„moarte"*, apoi a avut o reacţie aproape organică de evitare vizuală (*chiar în acel moment a spus că o doare capul îngrozitor!*). Priveşte ceea ce „modelase" din aşezarea corpurilor colegilor (v. Tehnica „sculptura de grup" în Mitrofan I., 2004) din grup, acum personaje ale propriei realităţi interioare, şi experimentează o stare de mirare, dar mai ales teamă, neînţelegând ce a determinat-o să definească tabloul prin „moarte". Momentul a fost unul de maximă emoţionalitate întrucât Gina evitase să privescă, se îndreptase către uşă şi părea că nu doreşte să mai continue. Ceva în ea impactase puternic iar emoţia era mult prea intensă pentru a putea fi confruntată. Ca atare i-am cerut Ginei să mai privescă încă odată personajele aşa cum fuseseră ele aranjate şi să găsescă şi o altă denumire. Chiar în acel moment ea spune că vede „un uter" în care se găseşte un făt, o imagine în care cele două elemente nu sunt foarte bine conturate. Asocierea dintre „moarte" şi „uter" două elemente ale aceleiaşi imagini ne-a făcut să mergem mai departe în demersul nostru psihoterapeutic pentru a explora experienţa emoţională împreună cu Gina până la stadiul intrauterin.



Fig. 4.

1.3.1. Regresarea şi clarificarea emoţională

Gina regresează până la stadiul intrauterin unde se pune pe sine în „uterul" format din corpurile a patru colegi de grup, un modelaj din corporile acestora pe care ea l-a făcut fără a fi conştientă de forma finală:

Gina privind la ceea ce tocmai modelase cu ajutorul „sculpturii de grup"

T: Ce anume vezi acum? Cu ce asociezi?
C: „Moarte"!
T: Aşa este „moartea"?
C: Da. Nu pot să mă uit. *(Gina îşi pune aproape instantaneu mâinile la ochi, nedorind parcă să vadă ceea ce tocmai construise pecând de acolo într-o reacţie de apărare, apoi spune că o doare îngrozitor capul!)*
T: Îhm.
C: Stau cu ochii închişi...în mintea mea ochiul închis înseamnă că-i gata, nu mai este cale de întoarcere...
T: Bine. Te rog acum să treci pe lânga aceasta imagine...şi să-mi spui cu ce mai asociezi?
C: Parcă ar fi pântecul unei femei...cu un fetus.

T: Unde este fetusul şi unde este pântecul?
C: Fetusul parcă este...nu este ceva definit, e aşa un amestec...din fiecare e câteceva, nu, nu pot să spun că e unul sau altul, e un întreg.
T: Bine. Te rog să iei loc jos, aici.
C: Aşa?
T: Da. Şi încercă să stai cât mai comod, aşa...priveşte această imagine *(imaginea uterului cu făt construit din corpuri umane)*, rămâi cu ochii la ea şi încearcă să respiri. *(Gina respiră uşor la început apoi din ce în ce mai profund)*
T: Hai acum odată cu mine. *(Respir împreună cu ea pentru a o reflecta şi a o susţine)*
T: Ce simţi chiar acum?
C: Încerc să mă liniştesc şi aştept să se deschidă ochii?
T: Ce senzaţii trăieşti chiar acum?
C: Că aş mai putea încerca ceva ca să fie bine. Nu, oricum nu accept situaţia asta.
T: Dacă ar fi să te pui pe tine în unul din personajele acestea, unde te-ai pune?
C: Între bunica şi I.
T: Între bunica şi I.?
C: Da.
T: Bine, intră acolo.
C: Să intru? (*are un ton nehotărât, nu ştie dacă să intre sau nu. Până la urmă se hotărăşte să intre)*
T: Acum, remodelează-le aşa cum ştii. Vezi cum ar trebui să fiţi toate? *(Gina remodelează imaginea cu ea înăuntru. Se pune pe sine între bunică şi I., ţinându-se de mâinile acesteia, apoi le pune pe mama ei şi pe sora acesteia care stau în lateralele bunicii să se ţină de o mână iar cu celelalte două să-l ţină pe I. care este aşezat în genunchi în faţă)*
C: Încerc să mă modelez pe mine.
T: Deci, şi pe tine şi pe ele în acelaşi timp.
C: Eventual eu să mai scot capul când pe aici, când pe aici. *(arată că poate ieşi pe deasupra sau pe dedesupt printre mainile mamei şi ale lui I., o referire inconştientă la naşterea prin cezariană sau naturală)*
T: Nu, rămâi deocamdată aşa. *(devine tot mai clar faptul că situaţia, condiţia aceasta de făt îi este inconfortabilă, neplăcută)*
T: Vezi dacă ei stau cu ochii închişi, se apleacă sau nu asupra ta... cum simţi tu nevoia să fie aici?
C: Am nevoie să se aplece din când în când, nu tot timpul...să nu stea tot timpul.
T: Ok.
C: În momentul în care stau aplecate deasupra mea iar eu stau în această poziţie, iar în momentul în care se ridică şi deschid ochii, eu o să ies; ba pe aici, ba pe aici.
T: Bine. Ceea ce vreau de la tine acum este următorul lucru: ele o să stea aplecate asupta ta cu ochii închişi...aşa...iar tu să respiri sacadat foarte puternic, foarte puternic şi să-ţi dai voie emoţiilor să se manifeste. Ok?
C: Da.
T: Atunci când simţi că nu mai poţi, atunci îţi dai voie să ieşi dintrodată. Ok? Orice emoţie îţi vine şi orice gând îţi vine prin cap să-l recepţionezi. Bine?
T: Hai, poţi închide ochii dacă vrei. Hai, respiră! *(începe respiraţia care o ajută să regreseze, o face întâi uşor, apoi din de în ce mai profund)*
T: Şi mai... şi mai... şi mai... şi mai... şi mai... şi mai... şi mai... *(faţa îi devine contorsionată, respiraţia este foarte profundă ceea ce poate însemna că este destul de regresată)*

C: Nu pot. Nu ies, nu ies, nu ies...
T: Ce te ţine acolo?
C: Nu ies. Nu ies de aici. *(repetă continuu acest cuvânt)*
T: Ce te ţine legată?
C: Nu ies. Cred că retrăiesc naşterea fiicei mele, acum când eram să mor.
T: Ok. Te înteleg... hai să vedem, să mai încercăm încă odată. Da-ţi voie. Hai şi mai puternic. Da-ţi voie... hai... hai respiră! Respiră acum! Ai nevoie să respiri!
(Gina îşi dă voie să iasă din această incorsetare, din acest uter metaforic facut din corpurile femeilor din viaţa sa. Odată cu propria naştere, dificilă, în care in realitate rămăsese înţepenită pe canalul naşterii, Gina retrăieşte şi experienţa de când născuse ea insesi primul copil care avusese exact aceleaşi problematici la naştere ca şi ea; se pare că la nivelul propriului inconştient naşterea fusese trăită ca o moarte)
T: Mişcă-te, mişcă-te acum!
(Gina este traspirată, iar faţa îi este roşie)
T: Ce simţi chiar acum?
C: Vreau să traiesc.
T: Aşa...spune: vreau să trăiesc!
C: Vreau să trăiesc!
T: Mai tare! Mai tare!
C: Vreau să trăiesc! Vreau să trăiesc! *(pronunţă din ce în ce mai tare)*
T: Aşa, mergi acum! Arată că vrei să trăieşti! Arată! Aşa...aşa...aşa, arată-ne, dă din picioare! Vezi ce vrei să faci acum?
C: Să dansez. *(râde, este mult mai relaxată, se simte bine nu o mai doare capul!)*
T: Hai dansează! Dă-ţi voie să dansezi!
C: Vreau să dansez populară.
T: Bine, dansează.
(Dansează populară împreună cu persoana care jucase anterior rolul „mamei" în modelarea uterului, este relaxată se bucură clar de acest moment)
T: E ok? Te simţi bine?
C: Da, când dansez mă simt foarte bine.
T: Bine, dansează cât vrei, cât ai nevoie să te încarci cu această stare. E bine?
C: *(Gina dă din cap aprobator)*
T: Bravo. Cum te simţi acum?
C: Uşurată.
T: Uşurată?
C: Da, chiar mă simt uşurată. Interesantă experienţă!
T: Bine, cum ai vrea să vezi acum imaginea?
C: Într-un cerc. În picioare.
T: Toţi într-un cerc?
C: Da. *(construieşte un cerc din cele patru persoane care se ţin de mână alături de ea)*
T: Mai ai nevoie de ceva în acest cerc?
C: Nu. De nimic.
T: Pur şi simplu atât. Ai nevoie doar de cercul ăsta.
C: Da. Doar atât. Îmi este bine aşa.
T: Bine, rămâi aşa în contact...şi vreau să închideţi toţi ochii, să respiraţi uşor, chiar şi voi cei de pe margine. Respiraţi uşor, încet, calm, relaxaţi-vă (...)
(*Exerciţiu de final a fost unul de relaxare prin care tot grupul îşi încheie experienţa la care a participat conştient şi inconştient*)

1.3.2. Explicarea travaliului naşterii

După ce s-a implicat activ în modelarea celor patru personaje, Gina a redenumit tabloul spre uimirea tuturor, spunând că este „moarte". Imaginea aproape că a şocat-o întrucât aprope instantaneu a început să se crispeze. Refuzul ei de a privi ceea ce tocmai modelase este un semnal clar al faptului că psihicul ei „se apăra" de emoţii foarte puternice pe care nu dorea să le mai trăiască. Gina îşi puse instinctiv mâna la ochi, vrând parcă „să se ferească" de imaginea care tocmai declaşase ceva în psihicul ei.

Asocierea dintre *„moarte"* – cuvânt pe care îl folosise iniţial spre a descrie imaginea construită – şi *„uter"*, ne duce cu gândul la faptul că experienţa naşterii a reprezentat pentru ea un eveniment extrem de traumatizant, prin care ea ca şi făt se „autoanihilase" ca urmare a mediului pe care îl percepea neacceptabil, neiubitor, sau poate părea o „anihilare" din partea celorlaţi care nu o doriseră. Important este şi faptul că I., fratele mamei mort în condiţii suspecte care se află şi el în uter, este cumva readus la condiţia de făt care este deja „mort". Dacă legăm această metaforă de faptul că mama ei născuse un copil „mort" pe care îl abandonase la morga spitalului, atunci ne putem da seama ce fel de „fantomă" bântuia uterul în care tocmai se născuse.

Pe de altă parte, travaliul de doliu nefăcut al mamei şi separarea de băiatul născut mort, asocierea unei identităţi sexuale masculine încă de când ea era făt, conducea către o „fantomizare" a ei pe care o preluase în oglindă, cu ajutorul tuturor celor implicaţi cu sau fără voia lor. De aici şi până la „anihilare" prin anoxie nu putea fi decât un pas, ceea ce se şi petrecu cu Gina atunci când se născu. Era cumva condamnată să moară dacă era băiat, iar în ciuda aşteptărilor ea „rezistase", născundu-se într-un context în care nu fusese dorită.

Am luat-o apoi de mână şi i-am propus să se plaseze pe ea undeva acolo, în acel „uter", apoi i-am sugerat să respire profund. Fiind complet regresată la stadiul intrauterin, i-am sugerat să iasă, însă raspunsul a venit de câteva ori spunând sacadat, crispat, „nu ies!" – foarte probabil că aici s-a simţit făt care ştie că mediul este periculos şi nu doreşte să iasă, sau foarte probabil că se autoanihilase prin anoxie. Însă, am încurajat-o să iasă respirând înpreună cu ea (un fel de reflectare a experienţei clientului) şi cu un efort de voinţă a ieşit afară traspirată. „Vreau să trăiesc" au fost cuvintele care i-au ieşit atunci din gură şi pe care le-a rostit din ce în ce mai tare. Şi-a dorit instantaneu să danseze iar partenerul de dans a fost chiar „mama". Experinţa se încheie prin acţiunea Ginei de a remodela cele patru personaje. Ea le-a ridicat în picioare şi au făcut împreună cu ele un cerc, un fel de integrare experienţei care s-a finalizat cu „cercul", un simbol al totalităţii.

Ceea ce a făcut Gina în timpul travaliului psihoterapeutic pare a fi atât o *reproducere metaforică a propriei naşteri* cât şi o *reproducere a momentului când ea ca mamă a născut*. Este acel mecanism de identificare proiectivă cu copilul proces care se „asamblează" încă din timpul perioadei de sarcină. Prin urmare ceea ce a trăit ea ca făt, acea respingere din partea tatălui şi a mamei, recepţionarea unui mediu care „nu o

doreşte", şi consecinţa acestora – „sinuciderea" prin strangulare – a transmis inconştient propriului copil când acesta s-a născut.

1.3.3. Concluzie

Încă de la scrisoarea adresată mamei ne putem da seama de relaţionarea dintre cele două femei, de emoţiile ţi sentimentele Ginei în legătură cu propria mamă care sunt evident aflate în conflict. Sentimentul că nu a fost dorită, că a trebuia să joace un alt rol foarte mult timp, că nu era iubită şi apreciată pentru ceea ce este sunt elemente care se repetă în toţi aceşti ani şi care o fac pe Gina să trăiască probabil o confuzie nu doar a identităţii ei sexuale ci şi a nevoilor şi emoţiilor pe care le simţea faţă de cei doi părinţi, care nu se potriveau cu ceea ce se aştepta de la ea acum ca şi adult.

Presupunem de asemenea, că experienţa emoţională mamă-copil a fost activată de la prima întâlnire a grupului psihoterapeutic, întrucât acesta era compus doar din femei, o condiţie se pare suficientă de activare a „maternităţii" pe diferitele ei nuanţe, lucru confirmat şi de primul ei desen în care elementul „apă" este prezent ca un creuzet în care ea este aşezată şi în care înnoată.

Regresarea emoţională s-a produs într-un context trasgeneraţional, unde „uterul" era alcătuit din trei generaţii: bunica, mama, sora mamei, fratele mamei mort şi Gina. Fralele mamei sale, cel care apare într-o primă ipostază cu mâinile a două dintre femei la ochi pe când se afla în „uterul" modelat din corpuri umane, era probabil o proiecţie a unei reprezentări introiectate la nivel familial a fratelui mort – în termenii psihoterapiei trasgeneraţionale poate fi vorba de o „fantomă" (v. Mitrofan I., Stoica D., 2005) care încă mai bântuia transgeneraţionalul familiei şi care o bântuise şi pe ea când se afla în uter. I. „bântuise" familia întrucât murise în condiţii suspecte, înseşi Gina spunând depre el că circula o vorba în propria familie cum că fusese ucis pentru infidelitate, o „răzbunare" masculină contra unui acţiuni amorale.

Acţiunile de „omor" asupra bărbaţilor se repetau destul de des în familia pe linie maternă a Ginei: mama ei născând un băiat mort pe care nu se duse să-l vadă şi caruia nu-i făcuse înmormântare. De asemenea, bunica născuse foarte multe fete, iar baieţii avuseseră destine tragice: I. fusese găsit mort, G. murise pe cand lucra pe casă la fel ca bunicul Ginei, iar T. avusese mai multe tentative de suicid. O problematică a rolurilor destul de bine conturată, în care bărbaţii erau *„ameninţaţi cu moartea"* de către femei.

Ceea ce s-a întâmplat cu Gina fusese un lucru extraordinar. Ea trăise propria ameninţare cu moartea ca făt „băiat" şi îşi trăise propria sa maternitate „distructivă" atunci când născuse pentru prima oară. „Moartea" şi „viaţa" erau în psihicul ei două lucruri inseparabile, două lucruri care erau oarecum *amalgamate*, aduse împreună. Totodată, interesant ni se pare faptul că nu doar se repetă experienţa propriei naşteri, ci Gina printr-un gest de profundă conştientizare, chiar atunci afirmă că retrăieşte naşterea propriei fiice, o naştere şi ea dificilă, asociată experienţei morţii. Dacă luăm în considerare că propria fiică se naşte cu dublă circulară pericervicală de cordon ombilical, atunci devine din ce în ce mai clară ipoteza că cea de-a doua naştere o repetă simbolic pe prima – adică cea a Ginei –, un fel de reiterare a experienţei care a fost stocată de mamă când ea se născuse: Gina devine „mama ei" şi fiica Ginei devine „Gina", ca o repetiţie în

timp care ne face să ne gândim la trasmiterea trasgenerațională a unor astfel de evenimente. Păstrând în psihic ca un „ghem" (v. Mitrofan I., 2004) maternitatea propriei mame și a propriei bunici, ea o repune inconștient în joc la nașterea propriei sale fiice, care se naște în aceleași condiții în care ea înseși se născuse.

„Asfixierea" cu cordonul ombilical poate semnifica simbolic o „autodistrugere", confirmată de acel „nu pot să ies" care arăta că fusese blocată pe canalul nașterii. Este foarte posibil ca unii copii nedoriți, care simt acest lucru încă din uter datorită multitudinilor de mecanisme psiho-neuro-fiziologice care le pune în joc mama și a lipsei ei de atașament, copilul să se *„autodistrugă" simbolic*, dacă anterior mama a încercat să inducă un avort.

Nu putem ști cu exactitate ceea ce se întâmplase în acea perioadă, pe de o parte datorită lipsei de informații și pe de altă parte datorită mecanismelor inconștiente care țin de cele mai multe ori de un context trasgenerațional, un context la care nici persoanele în cauză nu au acces ușor. Cert este însă faptul că Gina a strigat *„vreau să trăiesc!"* și că bucuria de a trăi s-a concretizat într-un dans popular care ne-ar duce cu gândul la o integrare psihică dintre cele mai complexe, finalizată printr-o simbolistică a a mandalei, a cercului a cărui componente fuseseră până atunci un „uter ucigător". Unificarea experienței apare aici într-o formă impresionantă, prin care persoana trece în decusul acestui travalui experiențial de la sentiment intens negative, asociate distrugerii, morții, la sentimente intens pozitive, în care factorul dominant este viața. Cercul, mandala, este expresia cea mai completă a *Sinelui*, a personalității în forma ei totală, în care conștientul și inconștientul stau mai degrabă într-un dialog decât într-o opoziție.

Lucrul experiențial cu Gina a venit să confirme cât de important este folosirea metaforei corporale cu ajutorul membrilor grupului în experimentarea experiențelor timpurii, fiind după părerea noastră tehnica cea mai indicată și cea mai eficiență în lucrul cu astfel de experiențe din prenatalitate, întrucât pune persoana în modul cel mai autentic cu putință în contact cu trăirile și emoțiile de atunci, creând pe de altă parte și contextul unei restructurări a experienței, unei unificări emoțional-corporale.

2. Concluzie generală privind retrăirea simbolică a „nașterii" în cadrul grupului de psihoterapie experiențială

În lucarea de față am prezentat trei experiențe ale unor travalii psihoterapeutice, pe care le-am considerat a fi încărcate de informație semnificativă privind nașterea și relația cu mama în general.

Desigur, de-a lungul întâlnirilor pe care le-am avut cu diferite grupuri din țară, experiențele de acest gen au fost mai numeroase, fiecare dintre ele purtând amprenta unei emoționalități puternice. Această „emoționalitate" cu caracter primar, arhaic, nu era nici mai mult nici mai puțin decât ceea ce copilul nenăscut (fătul) o înmagazinase în depozitele sale mnezice și o desfășura acum ca și adult sub o formă simbolică.

Rădăcinile ei – dacă putem spune așa – se găsesc în relația timpurie dintre mamă și „produsul" abia conceput, acea relație care mai târziu dă formă sentimentului de securitate și atașamentului. Aici sunt întipărite sentimentul acceptării necondiționate sau opusul său sentimentul respingerii, al faptului „de a nu fi dorit", sentimentul „de a fi

hrănit" sau dimpotrivă cel „de a fi otrăvit" – şi mă refer aici la toate substanţele pe care le îngerează mama în perioada de sarcină şi care sunt toxice – sentimentul iubirii sau cel al urii, emoţia liniştii sau dimpotrivă cea a revoltei, sentimentul siguranţei sau cel al nesiguranţei, frica intensă de a nu fi rănit, culminând în final cu frica morţii pe care toţi o simţim în perioada travaliului propriei naşteri. Această *„bază emoţională"* este dificil a fi înţeleasă de paradigma gândirii noastre de adult, ea purtând valenţe proprii, distincte de la individ la individ, valenţe care sunt impregnate de cele mai multe ori de modul cum îşi trăieşte mama propria relaţie cu partenerul, de modul în care acesta se raportează la ea (dacă este grijuliu, securizant sau dimpotrivă are atitudini de respingere sau agresare) sau de condiţiile în care a apărut sarcina. Aici se se pun bazele ataşamentului şi, după părerea noastră, tot aici se construiesc cele mai puternice anxietăţi cu care persoana se va confrunta de-a lungul întegii vieţi. Ceea ce J. Bowlby înţelege prin ataşamant este formulat aici într-o formă primară, care se suprapune oarecum peste ceea ce înţelege J. Condon referitor la ataşamentul prenatal al mamei.

De asemenea, pe lângă această „bază emoţională", am putut observa din experienţele avute cu mai multe persoane care au regresat în această perioadă, că *limbajul este în parte „şters"* iar uneori dispare total, lăsând locul unei silabisiri ambigue, greu de înţeles, sau pur şi simplu emoţiei, o confirmare indubitabilă a faptului că ne situăm în perioada pereverbală unde există doar senzaţii fizice şi trăire emoţională.

Am întâlnit cazuri în care *întreaga mimică se modifica* şi devenea asemănătoare cu a unui copil mic. Acest lucru se întâmpla involuntar şi este evident legat de retrăirea emoţiilor din perioada prenatală şi perinatală, întrucât emoţiile aduc cu ele şi o schimbare a fizionomiei. Deşi persoana care regresase nu era conştientă de acest lucru, fenomenul era remarcat de fiecare dată de persoanele participante la grup care puteau observa cel mai bine întreaga desfăşurare a experienţei.

Un alt aspect care ne-a atras atenţia în munca noastră experienţială a fost acela al „naşterii" metaforice propriu-zise, adică a aspectului final din travaliul psihoterapeutic. Astfel, am putut remarca la persoanele cu care am lucrat şi care avuseseră experienţe cu încărcătură emoţională negativă, o oarecare *„neputinţă" în a se naşte şi mai ales în a respira, şi de a ieşi în afara „uterului" metaforic construit din corpurile mai multor participanţi la grup sau din elemente textile* (haine, paturi, huse etc). Odată cu „naşterea" apăreau frecvent traspiraţii, iar persoana simţea nevoia să respire, să „trăiască" ca şi cum ceea ce se întâmplase semăna cu o „moarte", iar uneori simţea nevoia să doarmă. Aceste fenomene au fost deseori puse în legătură cu problematici medicale care apăreau de-a lungul naşterii reale, iar printre cele mai frecvente am întâlnit circulara de cordon ombilical şi, în cazuri foarte rare, sindromul de detresă respiratorie. Amândouă, şi în special primul, se întipăreau în memoria persoanei şi erau reactivate de situaţii asemănătoare.

Sigur că ceea ce trăieşte persoana odată cu naşterea propriu-zisă vine să confirme acest aspect, iar ideea este nuanţată foarte bine de S. Grof care, în experienţele profunde cu LSD şi mai recent cu ajutorul respiraţiei holotropice, arată cum trecerea individului prin canalul naşterii se asemănă unei „morţi". Se întâmplă astfel deoarece corpul său este cumva *ameninţat către „distrugere"*, iar expulzia propriu-zisă este o „re-naştere" la o altă formă de viaţă, fiind trăită de cele mai multe ori ca o *descătuşare de energie*. Prin urmare, nevoia de aer a persoanelor care îşi refăcuseră simbolic

travaliul naşterii nu este o nevoie în sine, ci chiar nevoia de viaţă, de a trăi, a se mişca ca şi cum şi-ar confirma lor că „trăiesc”.

Desigur ne-am pus astfel problema în ce măsură *Eul persoanei este „dispus" în totalitate la asemenea retrăiri*, în ce măsură el poate recepţiona întreaga intensitate de emoţii şi senzaţii în forma ei iniţială şi completă, dar deşi am sugerat câteva răspunsuri rămânem totuşi la ideea că este nevoie de o experienţă solidă în acest domeniu, o experienţă care să permită enunţarea unor răspunsuri mult mai clare şi amănunţite.

Ceea ce am reuşit să facem prin refacerea metaforică a experienţei prenatale şi perinatale, am fost faptul că am pus persoana în contact cu emoţiile şi trăirile fizice de atunci, însă acum având grijă ca Eul său să fie receptiv în a le percepe şi integra cât mai bine şi să găsească o semnificaţie pentru el, dacă aceasta există. Deşi experienţa scoate la suprafaţă informaţii înmagazinate cândva, posibilitatea este una formidabilă, întrucât persoana se găseşte acum în dublul rol: acela de „externalizator” de informaţie şi emoţie primară, inconştientă şi în acela de „receptor activ”, conştient care poate să întregească experienţa şi să o transforme pozitiv, trăind-o acum în forma securizantă a cadrului psihoterapeutic.

Din acest punct de vedere *grupul de psihoterapie experienţială* are un rol cheie, întrucât el este *„matricea"* în care se contruieşte experienţa şi care totodată securizează persoana care o trăieşte, încurajând-o şi susţinând-o emoţional. Putem spune că unii membri ai grupului, iar uneori chiar grupul în întregul lui, devin „mamă” simbolică pentru cel care tocmai „s-a născut”, ajutându-l să retrăiască relaţia dintr-o perspectivă lărgită, într-o altă dimensiune, una în care sentimentul acceptării necondiţionate, siguranţa, susţinerea şi iubirea sunt noile achiziţii emoţionale. „Mama rea” se schimbă în „mama bună”, câmpul emoţional se reântregeşte sub o nouă formă unificată. Se unifică astfel trecutul cu viitorul prin experienţa prezentă – şi spunem viitorul pentru că această nouă dimensiune câştigată, ajută la trăirea propriei maternităţi (atunci când experienţa are ca protagonistă o femeie) sau la achiziţia unor noi atitudini (atunci când experienţa are ca protagonist un bărbat).

Am fost surprinşi să remarcăm că de-a lungul unelor experienţe prenatale au existat ceea ce în mod curent se numesc *coincidenţe semnificative*. S-a întâmplat ca o persoană să regreseze chiar în ziua în care îşi sărbătorea ziua de naştere, fără să ne propunem unul din noi acest lucru, alta să aibă această experienţă la aproximativ aceeaşi oră la care se născuse în mod real şi chiar o alta să fie sunată imediat după travaliu de către o prientenă care să-i spună „La mulţi ani!”, fără un motiv anume. Desigur că aceste fapte nu au putut fi trecute cu vederea, ele lasând şi asupra nostră o curiozitate şi o mirare aparte, acest lucru constituid un motiv suficient pentru a le aminti şi în concluziile acestor experienţe.

Prin urmare, pentru unii care lucrează travaliul prenatal şi perinatal şi care mai cu seamă reuşesc să restructureze emoţii negative, se deschid noi orizonturi de relaţionare. Lucrându-se asupra dimensiunii materne, am putut observa că la persoanele implicate apar noi atitudini, noi modalităţi de relaţionare cu propria mamă sau cu ceea ce „percep” a fi matern. Ei nu doar au putut comunica mai bine cu aceasta ci chiar au putut aborda împreună cu ea subiecte foarte „încărcate” de emoţionalitate, unde altădată existau tabuuri. Unele dintre acestea vizau propria naştere, trăirile mamei de atunci neâmpărtăşite, multe informaţii care au fost trecute sub tăcere erau acum scoase la iveală.

Ceea ce se întâmplă este un „lucru" la alte dimensiuni, la dimensiuni materne în general, poate la dimensiuni transfamiliale, unde „mama" prin tot ceea ce înseamnă ea, a fost lăsată în dimensiunile adânci ale inconştientului. Experienţa maternului se structurează asemeni unui tipar ce este trasmis de la o generaţie la alta la fel şi la care s-au mai adaugat probabil elemente noi, inovatoare câteodată, s-au pur şi simplu s-a restrucurat, s-a rescris sub alţi termeni la o persoană care a înţeleles importanţa acestui aspect.

Deşi nu am reuşit să strângem mai multe dovezi în legătură cu transmiterea „maternităţii" pe linie transfamilială şi trasgeneraţională, precum şi cu modul în care se realizează ataşamentul, continuăm să credem că sunt multe elemente ale cestui aspect atât de delicate şi greu de dezbătut, care se transferă inconştient de la mamă la fiică şi apoi la fiica acesteia, fiind de acord cu afirmaţia lui Th. Verny că *„mama este pentru fiica sa modelul iniţial şi cel mai influent al rolului de mamă"* (Verny T., 2006, p. 122). Mecanismele prin care psihicul acţionează sunt extrem de subtile, au de cele mai multe ori căi greu de înţeles pentru această paradigmă a modului în care cei mai mulţi dintre noi ne raportăm la viaţă şi, ca atare, înţelesuri care ne-au fost relevate doar atunci când s-a putut face o retrăire a ceea ce s-a petrecut cu fiinţa nostră în timpul celor nouă luni de sarcină şi chiar în timpul propriei naşteri.

Nu avem nicidecum pretenţia că am avut acces prin ceea ce am întreprins la toate informaţiile din acea perioadă, cum nu suntem absurzi să credem că o retrăire fie ea şi simbolică a ceea ce se petrecuse atunci schimbă complet „situaţia" psihică a celui implicat în acest proces. Pe de altă parte suntem pe deplin conştienţi că valoarea aceste intervenţii psihoterapeutice conduce invariabil la o transformare (uneori de profunzime), o transformare a cărei limite şi beneficii ne-au fost uneori confirmate de cei implicaţi în acest proces şi căreia abia acum începem să-i desluşim tainele.

CAPITOLUL 7:
Cercetare privind relaţia dintre disponibilitatea afectivă maternă, complicaţiile la naştere şi dezvoltarea emoţională a copilului mic

1. Obiectivele cercetării

Studiul de faţă şi-a propus:

(a) să arate importanţa mediului prenatal în dezvoltarea emoţională a persoanei (prin date empirice şi statistice);

(b) să examineze în ce măsură ataşamentul mamei faţă de copil în timpul perioadei de sarcină poate fi pus în legatură cu anumite problematici care pot apărea la naştere;

(c) să examineze în ce măsură există o legătură între ataşamentul mamei faţă de copil în timpul perioadei de sarcină şi comportamentele mamei faţă de copil în primul an de viaţă, care urmare a disponibilităţii afective;

(d) să examineze în ce măsură există o legătură între ataşamentul mamei faţă de copil în timpul perioadei de sarcină şi modalitatea de relaţionare a copilului cu mama în primul an de viaţă, care urmare a disponibilităţii afective;

2. Posibile beneficii

Studiul îşi propune de asemenea să aducă insight-uri în ceea ce priveşte posibila legătură dintre varianţa intensităţii ataşamentului mamei pentru făt şi diferitele problematici care apar la naştere, cum ar fi modalitatea prin care mama naşte, anumite problematici la naştere (dificultăţi de respiraţie a copilului nou-născut sau prezenţa circularei pericervicale de cordon ombilical), scorul Apgar sau greutatea copilului la naştere. Neexistând foarte multe cercetări la nivel mondial în acest sens, ne-am putea înscrie cu cercetarea nostră pe o direcţie care să atragă atenţia asupra importanţei legăturii emoţionale dintre mamă şi făt din perspectiva naşterii. Acest lucru ar fi de mare ajutor pentru identificarea mamelor ce sunt în risc de ataşament scăzut. Astfel, s-ar cauta modalităţi de intervenţie în pregătirea acestora pentru a crea sau a spori ataşamentul în timpul perioadei de sarcină, dezvoltându-se totodată iniţiative ce promovează comportamente sănătoase printre femeile gravide.

Dintr-un alt punct de vedere, acest studiu se înscrie alături de alte studii care au investigat relaţia emoţională mamă-copil înainte şi după naştere, el propundu-şi să investigheze relaţia dintre ataşamentul prenatal al mamei, modul în care relaţionează

copilul cu mama după naştere şi în ce masură disponibilitatea afectivă a mamei se modifică după naştere ca urmare a interacţiunii dintre ea şi copil.

Nu în ultimul rând cercetarea de faţă doreşte să vină în completarea studiului calitativ efectuat de noi din cadrul grupurilor de psihoterapie experienţială, demonstrând importanţa interacţiunii emoţionale care se stabileşte între mamă şi făt, modul în care ea se structurează la nivelul psihicului acestuia din urmă, fapt ce influenţează pe mai departe comportamentul emoţional al copilului.

3. Ipoteze

3.1. Ipotezele cercetării

Prima ipoteză

Mamele cu un ataşament prenatal scăzut (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) tind să nască copii cu probleme la naştere;

A doua ipoteză

Mamele cu un ataşament prenatal scăzut (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) tind să nască copii cu un scor Apgar mai mic la naştere;

A treia ipoteză

Mamele cu un ataşament prenatal scăzut (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) tind să nască copii cu o greutate mai mică la naştere;

A patra ipoteză

Ataşamentul prenatal scăzut al mamei (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) se asociază comportamentelor mamei ce implică o oarecare intruzivitate faţă de copil după naştere (masurată cu ajutorul Inventarului de disponibilitate afectivă Z. Biringen);

A cincea ipoteză

Ataşamentul prenatal scăzut al mamei (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) se asociază comportamentelor mamei ce implică o oarecare ostilitate faţă de copil după naştere (masurată cu ajutorul Inventarului de disponibilitate afectivă Z. Biringen);

A şasea ipoteză

Ataşamentul prenatal scăzut al mamei (măsurat cu ajutorul Inventarului de ataşament antenatal J. Condon) se asociază comportamentelor copilului de a o implica în activităţile lui după naştere (măsurate cu ajutorul Inventarului de disponibilitate afectivă Z. Biringen);

3.2. Ipotezele statistice

Prima ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi apariţia unor probleme la naştere;

A doua ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi scorul Apgar al copilului la naştere;

A treia ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi greutatea copilului la naştere;

A patra ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi (non)intruzivitatea acesteia în relaţie cu copilul după naştere;

A cincea ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi (non)impulsivitatea acesteia în relaţie cu copilul după naştere;

A şasea ipoteză: Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi comportamentul copilului de a o implica în activităţile lui după naştere;

4. Metoda

4.1. Participanţii la studiu

Participanţii la studiu sunt un număr de 60 femei însărcinate în trimestrul III de sarcină, după luna a 7-a. S-a făcut această selecţie întrucât cercetări în acest domeniu au arătat ca ataşamentul dintre mamă şi făt se stabileşte deplin după luna a şaptea de sarcină. Ele au fost selectate din trei locuri diferite: femei însărcinate care mergeau la control ginecologic în cadrul Clinicii Private „MedCenter", femei însărcinate care au fost spitalizate pentru un control de rutină în cadrul Spitalului Judeţean Vrancea – secţia obstretică-ginecologie, Spitalului Judeţean Neamţ – secţia obstretică-ginecologie şi femei însărcinate înscrise la acelaşi medic de familie care le monitorizaseră pe perioada sarcinii şi după sarcină. Pentru a preîntâmpina şi minimaliza efectul variabilelor ce s-ar putea interpune în acest demers, am considerat necesar luarea în considerare a femeilor însărcinate cu *vârsta* cuprinsă între 16 şi 35 de ani – considerându-se că peste această vârstă riscurile în ceea ce priveşte sarcina s-ar putea dubla.

Femeile ce erau *diagnosticate cu psihoză, depresie*, în risc de suicid sau omucid au fost excluse din studiu, întrucât nu erau disponibile din punct de vedere cognitiv. Întrucât *statutul marital* constituie la rândul său un factor social cu influenţă în ceea ce priveşte sentimentul de siguranţă al femeii însărcinate, nu au fost incluse în studiu femeile divorţate, în curs de divorţ sau care nu aveau un partener stabil.

De asemenea, trebuie amintit faptul că în cadrul studiului nostru au fost incluse în general *mame primipare* – doar trei dintre ele fiind la a doua sarcină – considerând acest lucru necesar în diagnosticarea cât mai clară a disponibilităţii afective şi a ataşamentului, presupunând că cele care erau la a doua naştere sau avuseseră chiar mai multe sarcini au avut prilejul să-şi dezvolte în trecut anumite abilităţi pe care le poate activa sau pune în joc mult mai bine ca urmare a experienţei anterioare.

4.2. Metode şi proceduri

4.2.1. Instrumente

Instrumentele folosite în cadrul studiului de faţă au calitatea de a fi în direcţia de relaţionare cu ceea ce ne propunem să observăm. Cum *disponibilitatea afectivă maternă* este un concept relativ nou în psihologie, există două modalităţi prin care aceasta ar putea fi surprinsă înainte şi după naştere. Astfel, am avut nevoie în principal de un intrument care să măsoare ataşamentul mamei faţă de făt şi de un al doilea intrument care să măsoare disponibilitatea afectivă după naştere, în termeni de relaţie mamă-copil.

4.2.1.1. Inventarul de ataşament antenatal

Ataşamentul mamă-făt a fost măsurat cu ajutorul inventarului de ataşament antenatal a lui John Condon (Anexa 1). Această scală a fost destinată să măsoare „măsura în care femeile (şi bărbaţii) sunt implicaţi în comportamente ce reprezintă afiliere şi interacţiune cu copilul lor încă nenăscut" (Condon J., 1993).

Conform teoriei lui J. Condon, există cinci dimensiuni prin care se poate măsura ataşamentul mamă-făt:

1. ***„a cunoaşte"*** este dimensiunea care face referire la acea curiozitate în legătură cu natura obiectului iubit sau la nevoia de a-şi imagina caracteristicile fetusului.

2. ***„a fi cu el"*** reprezintă dorinţa de a interacţiona cu obiectul şi obţinerea plăcerii sau a satisfacţiei odată cu punerea în joc a comportamentelor ce exprimă această dorinţă.

3. ***„a evita separarea"*** este o dimensiune care se poate desfăşura potrivit lui J. Condon atât în plan fantasmatic cât şi în realitate. Ea se naşte din evitatea sentimentului de tristete care ar apărea după o separare sau pierdere. Ceea ce este interesant este că intensitatea acesteia este, aşa cum afirmă J. Condon, în directă proporţie cu intensitatea ataşamentului.

4. ***„a proteja"*** obiectul este o atitudine de protecţie de experienţele care i-ar putea produce suferinţă. Astfel, grija faţă de modul în care se alimentează, evitarea anumitor medii care ar produce fătului rău, sunt comportamente de protecţie.

5. ***„a identifica şi gratifia nevoile"*** obiectului investit cu „iubire" este vorba aici de o atitudine altruistă deoarece gratifierea nevoilor lui pune pe locul al doilea satisfacerea propriilor nevoi.

Scala cuprinde 19 întrebări ce necesită mai puţin de 10 minute pentru completare, masurând ataşamentul mamă-făt, prin intermediul a două categorii de factori: „calitatea" ataşamentului, care se referă la emoţiile pozitive şi gândurile în ceea ce priveşte apropierea, tandreţea, dorinţa de a cunoaşte şi a vedea fătul, precum şi o reprezentare vie şi internă a acestuia; „intensitatea" ataşamentului, ce măsoară preocuparea mamelor pentru copilul lor, incluzând cantitatea de timp pe care o petrec gândindu-se sau vorbind cu fătul.

A. Calitatea ataşamenului

– face referire la apropiere/distaţare, sensibilitate/iritare, emoţii pozitive/negative, factori psihologici care apar atunci când mama posedă o reprezentare mentală în legătură cu fătul

– emoţii care decurg dintr-o reprezentare vie a acestuia sunt descrise de J. Condon în termeni de dorinţă, curiozitate, plăcere/neplăcere, anticiparea primei întâlniri cu fătul

– dorinţa de a interacţiona cu fătul şi anticiparea tristeţii ca ar urma unei eventuale separări sau pierderi chiar imaginare – în cazul unei sarcini nereuşite sau a unui avort spontan – sunt caracteristici predominante ale calităţii ataşamentului

– aici întâlnim raportarea mamei la făt ca la o mică persoană reală, care are propriile caracteristici pe care ea ca mamă încercă să le identifice prin relaţionare

B. Intensitatea preocupării

– face referire la cantitatea de timp pe care mama o petrece cu fătul în toate aspectele sale: visând în legătură cu el, palpîndu-şi burta într-o modalitate de comunicare tactilă etc.

– intensitatea emoţiilor care însoţesc astfel de comportamente, este după J. Condon în directă legătură cu cantitatea de timp în care mama le desfăşoară

Aceste două dimensiuni ale ataşamentului prenatal sunt combinate între ale astfel încât conduc la patru stiluri de ataşament.

Răspunsurile la inventarul de ataşament antenatal sunt măsurate pe o scală tip Likert în cinci trepte, scorurile variind între 19 şi 95 valoarea maximă, valoare ce indică un ataşament crescut. Scorul total pentru fiecare respondent se calculează prin însumarea răspunsurilor de la fiecare întrebare. Itemii din paranteze sunt itemi cotaţi invers. Scorarea se face de la 1–5, unde 5 este ataşament înalt.

În analiza de item, cei 19 itemi au o consistenţă internă de $\alpha = 0{,}818$.

4.2.1.2. Inventarul de disponibilitate afectivă (autoperceptiv)

Disponibilitatea afectivă maternă de după perioada sarcinii a fost măsurată cu ajutorul *Inventarului de disponibilitate afectivă maternă (autoperceptiv)* construit de Zeynep Biringen, N. Vliegen & P. Bijttebier (Anexa 3). Conceptul a fost destinat să identifice întreaga dinamicitate care se stabileşte între mamă şi copil. Scala are ca scop să măsoare afectul mamei în relaţie cu copilul şi o „oarecare regularitate a orientării atenţiei către copil" (Biringen Z. et al. 2000), dar şi modalitatea de raportare a copilului la aceasta.

Scala de disponibilitate afectivă este reprezentată prin şase dimensiuni ale disponibilităţii afective ale părintelui (fie el si cel care se îngrijeşte de copil) în legătură cu copilul său, dar şi a copilului faţă de părinte. Dimensiunile disponibilităţii afective parentale sunt:

1. *Senzitivitatea* este acea comunicare emoţională dintre părinte şi copil, care se desfăşoară în cea mai mare parte a timpului într-un mod pozitiv, autentic adaptat copilului şi creativ. Această scală are mai multe niveluri ale senzitivităţii, în funcţie de modul de implicare al părintelui în relaţia cu copilul.

a. Înalt senzitiv

– când comunicarea emoţională dintre părinte şi copil este în cea mai mare parte pozitivă, creativă şi adecvată iar interacţiunea dintre ei este intensă

– angrenat în relaţie părintele simte plăcere şi amuzament manifestând multă autenticitate, atitudini ce pot fi remarcate la nivelul feţei prin zâmbete călduroase, contact

vizual manifestat intens, contact fizic confortabil şi jucăuş; amândoi dau dovadă de plăcere când sunt împreună

– dominante pentru părinte sunt stările de pozitive şi de acceptare, mai degrabă decât cele sarcastice sau critice

– părintele este foarte atent la semnalele pe care le oferă copilul, percepând chiar şi acele semnale care sunt foarte subtile, imperceptibile pentru alte persoane din exterior

– comunicarea este menţinută chiar şi atunci când părintele şi copilul sunt separaţi nu pentru mult timp, prin faptul că părintele strigă ocazional numele copilului sau îi caută cu privirea

– atunci când apar situaţii de conflict, ele sunt rezolvate uşor şi implicativ de către ambii, ne ducând la „pauze" în relaţionare

b. Senzitiv

– când comunicarea emoţională dintre părinte şi copil este în cea mai mare parte pozitivă însă mai puţin creativă

– părintele este angrenat în relaţie şi simte plăcere

– starile sale emoţionale sunt potrivite copilului însă există şi momente în care este preocupat cu propriile gânduri

– părintele nu are o manieră creativă de a interacţiona însă este implicat emoţional în relaţie

c. Fluctuant senzitiv

– părintele este oarecum implicat emoţional în relaţie

– părintele, chiar în timpul jocului cu propriul copil, trece de la a fi creativ şi a se bucura de joc, la a fi preocupat de alte lucruri sau comportamente (comportamente care nu sunt în mod necesar negative)

d. Nesenzitiv

– este prezentă în două atitudini ale părintelui: atunci când părintele este mult prea activ (hiperactiv, greu de tolerat) sau dimpotrivă când este pasiv, depresiv sau lipsit de afectivitate (noninteractiv şi tăcut)

– în ciuda faptului că este lipsit de implicare afectivă se poate dovedi un părinte competent în alte aspecte

e. Înaltă lipsă a senzitivităţii

– este prezentă la părintele care are scăzute până la un grad maximal comunicarea emoţională

– este neimplicat în relaţie

2. ***Gradul în care părintele oferă copilului structura***, modelul de comportament sau de adaptare la anumite situaţii respectând şi îndrumările copilului. Constructul este unul diadic, având în vedere interacţiunea dintre părinte şi copil şi face referire şi la modalitatea de a stabili reguli şi limite pentru comportamentul copilului.

a. Optimal

– părintele lasă copilul să exploreze mediul, oferindu-i în acelaşi timp un cadru suportiv

– tot el stabileşte anumite limite şi reguli ce trebuiesc respectate de către copil, facând acest lucru într-un mod ferm şi nicidecum pe o tonalitate severă

– în tot acest context părintele este un membru activ al interacţiunii şi jocului

b. Inconsistent

– părintele oferă o oarecare modulare a relației, creează un cadru suportiv, însă, la un moment dat se retrage, fapt care lasă copilul în afara unui suport, fără o „schelă" de explorare a relației

– mai există situații când părintele poate oferi „schema" iar în alte momente este total neimplicat

– acest tip de interacțiune nu este optimă, în sensul în care părintele încercă anumite tehnici însă nu are succes

v mai există situații când părintele urmează îndeaproape copilul însă nu contribuie personal la interacțiune

c. Neadecvat

– părintele nu stabilește nicio limită și nici cadrul în care să se desfășoare relația

– el este pasiv, indulgent, extrem de tolerabil

– se întâmplă ca părintele să fie implicat într-un joc paralel cu cel al copilului

– copilul poate impune totalmente schema de interacțiune

3. ***(Non)intruzivitatea*** este capacitatea de a fi disponibil față de propriul copil fără a fi intruziv și capacitatea de a-l lăsa autonom. Domeniul este la rândul sau influențat de modul în care răspunde copilul la solicitările părintelui.

a. Nonintruziv

– părintele nu conduce interacțiunea lasând copilul să conducă

– are capacitatea de „a fi acolo" emoțional fără a fi intruziv în vreun fel sau altul

– părintele evită să întrerupă copilul, așteptând pauzele pe care acesta le face, înainte de a iniția interacțiunea

b. Ușor intruziv

– părintele intervine de foarte multe ori în relație stabilind mult prea frecvent locul interacțiunii, punând întrebări, direcționând cursul jocului, făcând sugestii și creând de cele mai multe ori schimbări ale temei jocului

– el se opune în a urma direcțiile pe care le oferă copilul

– părintele mai degrabă conduce decât se lasă condus

c. Intruziv

– părintele suprastimulează copilul și nu-i lasă suficient spațiu în interacțiune, un spațiu pe care copilul să-l exploreze, netolerând autonomia copilului atunci când inițiază acțiuni

– el controlează interacțiunea, uneori chiar fizic, pedepsind, banalizând sau cerându-i foarte mult copilului

– el este suprastimulativ și/sau supraprotectiv, arătând o lipsă de respect pentru dorințele copilului

4. ***(Non)ostilitatea*** se referă la atitudinile ostile, agresive pe care părintele le poate avea. Natura interacțiunii, spune Z. Biringen et al. este una care se bazează pe amenințare și/sau frică. Scala se referă la toate formele prin care ostilitatea se poate manifesta, inclusiv ridicatul vocii, plictisela, nerăbdarea.

a. Nonostilitate

– părintele nu manifestă sub nicio formă – directă sau indirectă – acest tip de atitudine

b. Ostilitate ascunsă

– părintele manifestă forme reduse de afecte negative, cum ar fi nerăbdarea, nemulţumirea, disconfortul, plictiseala, ridicarea vocii, necăjirea, incitarea

– deşi este iritat de copil, părintele nu manifestă în mod direct un astfel de comportament, stabilindu-şi limite în sfera emoţională

c. Ostilitate directă

– părintele este sever, aspru, cu manifestări vizibile la nivelul vocii sau a feţei

– comportamentul său este emeninţător (ameninţări cu separarea sau abuzul) şi/sau provoacă frică intervenind uneori violenţa fizică

– părintele manifestă comportamente care în mod clar infricoşează copilul cum ar fi anumite modalităţi de tachinare, prin care îl face de râs sau ridiculizează

Disponibilitatea afectivă care ţine de copil are ca şi dimensiuni răspunsul copilului la solicitările părintelui şi implicarea copilului în relaţie cu părintele.

1. Răspunsul copilului la solicitările părintelui este reflectat în două aspecte: dorinţa de răspuns şi dispoziţia de a se implica în a urma sugestiile părintelui, iar pe de altă parte prezenţa semnalelor care arată plăcerea interacţiunii. Copilul este conectat emoţional cu părintele, arătând o expresie de fericire.

a. Răspuns optim

– copilul se află într-o balanţă optimă între afecţiunea pe care o oferă părintelui şi activităţile autonome

– în general copilul arată plăcere şi curiozitate în legătură cu comentariile părintelui, sugestiile, întrebările şi demonstraţiile sale

– răspunde ofertei părintelui fără a se grăbi, ignorând ocazional solicitarea acestuia

b. Răspuns moderat

– copilul manifestă afecte pozitive, însă răspunsurile sale sunt uşor scăzute ca frecvenţă

c. Răspuns inadecvat

– copilul nu posedă o balanţă între comportamentul autonom şi răspunsul la părinte, fiind mai puţin bucuros, preocupat şi cu o emoţionalitate fragilă

– părintele trebuie să intervină de foarte multe ori pentru a readuce copilul în interacţiune

– răspunsuri inadecvate se întâlnesc şi atunci când copilul pare a fi oricând pregătit să se implice la sugestiile părintelui, el neavând o oarecare autonomie

d. Non-răspuns

– copilul foarte rar manifestă în relaţia cu părintele implicare emoţională şi rar răspunde la iniţiativele părintelui

– există aici îngrijorări privind sănătatea emoţională a copilului, el evitând părintele sau nefiind atent la acesta, intrebările, sugestiile sau cererile părintelui par a nu fi procesate de copil

2. Gradul în care copilul implică părintele în activităţile lui este reflectată de dorinţa acestuia de a face părintele, într-un fel sau altul, părtaş la ceea ce desfăsoară el.

a. Implicare optimă

– copilul se foloseşte de diferite metode atunci când vede în părinte audienţa sau când cere să-l asiste: face pauze în timpul jocului când caută privirea părintelui sau contactul fizic, conectează părintele verbal

– implică părintele într-o manieră confortabilă, emoţional-pozitivă

b. Implicare moderată

– este mult mai orientat spre a sta singur şi de a se juca singur decât a implica părintele în diverse acţiuni

– există totuşi o cerere periodică pentru atenţia părintelui

c. Implicare inadecvată

– copilul poate evita contactul cu părintele şi poate oferi semnale acestuia că nu doreşte să se joace cu el sau să interacţioneze în vreun fel sau altul

– pe de altă parte copilul poate implica peste măsură părintele, căutând contactul fizic într-un mod constant, comportament ce poate ascunde anxietate, „acting out", sau alte emoţii negative

d. Nonimplicare

– copilul nu implică sub nicio formă părintele, evitându-l tot timpul

Scala cuprinde un număr de 81 de afirmaţii ce necesită mai puţin de 40 de minute pentru completare şi care vizează o anume relaţie emoţională între mamă şi făt sub raportul disponibilităţii afective.

Răspunsurile la inventarul de disponibilitate afectivă sunt de asemenea măsurate pe o scală de tip Likert în cinci trepte – de la dezacord total la acord total – scorurile variind între 81 şi 405 valoarea maximă.

4.2.1.3. Inventarul de variabile contextuale perinatale

Acest instrument are ca şi scop inventarierea principalelor problematici care apar la naştere, cum ar fi travaliul, modalitatea prin care se efectuează naşterea (naturală sau prin cezariană), poziţia fătului, prezenţa pericervicalei de cordon ombilical, prezenţa problemelor respiratorii ale copilului la naştere, scorul Apgar şi greutatea la naştere (Anexa 5).

4.2.1.4. Anamneza

Anamneza ne-a ajutat să identificăm eventuale problematici în ceea ce priveşte sentimentul de securitate în cuplu, relaţia cu propriul soţ, planificarea copilului ca şi sentiment al dorinţei de a-l avea, sau neplanificarea lui etc. Este o metodă prin intermediul căreia se pot obţine informaţii în legatură cu subiectul, prin reconstituirea biografiei celui testat şi analiza condiţionării social-educative a personalitaţii. Prin intermediul ei se face o analiză a modului de viaţă al persoanei, a situaţiei sale familiale, aprofundându-se problematica cauză-efect din perspectiva unui diagnostic etiologic.

4.2.2. Procedura

Studiul de faţă este un studiu longitudinal desfăşurat pe o perioadă de aproximativ doi ani de zile, propunându-şi observarea disponibilitaţii afective materne atât înainte de naştere cât şi la cel puţin şase luni după naştere.

S-a preferat observarea comportamnetelor atât ale copilului cât şi ale mamei după o perioadă de cel puţin şese luni de la naştere, pentru a beneficia de o dezvoltare

suficientă a copilului în ceea ce priveşte emoţionalitatea şi a comportamentelor care descriu emoţii, avându-se de asemenea în vedere o perioadă în care mama să se acomodeze cu noul rol, în sensul relaţionării dintre ea şi copil.

Studiu începe iniţial cu anamneza, procedură care a avut în vedere stabilirea contextului în care a avut loc sarcina, modalităţile de raportare ale părinţilor la sarcină etc. Anamneza este şi o modalitate de a stabili un prim contact cu femeia însărcinată, prin care se aduce la cunoştinţă scopul care se urmăreşte prin intermediul chestionarului şi obiectivele pe termen lung ale cercetării.

După această etapă, se aplică inventarul de ataşament antenatal a lui J. Condon, cerândui-se femeii să răspundă cu maximum de sinceritate la cele 19 afirmaţii care-i definesc comportamentul în această perioadă. Este de menţionat aici faptul că aceste specificaţii au fost făcute de către autoritatea medicală de care aparţinea în acel moment pacienta – medic specialist ginecolog sau medic de familie. S-a recurs la această procedură pentru a responsabiliza şi mai mult femeia în oferirea de răspunsuri cât mai realiste, asta pentru că însuşi modul în care sunt formulate întrebările încurajează răspunsuri care să ateste un grad ridicat al ataşamentului.

O altă etapă a cercetării a fost înregistrarea imediat după naştere a problematicilor medicale care au apărut. S-au înregistrat principalele problematici care apar la naştere, cum ar fi travaliul, modalitatea prin care se efectuează naşterea (naturală sau prin cezariană), poziţia fătului sau prezenţa pericervicalei de cordon ombilical. De asemenea, a fost inregistrat şi scorul Apgar sau scorul care-l obţine copilul imediat după naştere şi greutatea la naştere.

Ultima etapă a cercetării a urmărit aplicarea inventarului de disponibilitate afectivă dezvoltat de Z. Biringen. După trecerea a cel puţin şase luni de la naştere, odată cu obişnuirea femeii cu noul statut ce i-a permis interacţiunea cu propriul copil, s-a considerat ca fiind optim în aplicarea celui de-al doilea inventar.

4.3. Problematica naşterilor prin cezariană

Nu putem să nu menţionăm aici că pe toată perioada studiului ne-am confruntat cu o problematică din ce în ce mai evidentă a secţiilor de obstretică-ginecologie: *naşterile prin cezariană*. Aşadar există o „modă" a clinicilor de obstretică-ginecologie din România de a „prefera" naşterile prin cezariană în dauna celor naturale. Desigur că există cazuri când o astfel de abordare se impune cum ar fi de exemplu faptul că mamele au avut probleme cu sarcina în prenatalitate, există o dilataţie incompletă la naştere, probleme de oftalmologie etc., elemente de necontestat în alegerea naşterii prin cezariană.

Dincolo de aceste aspecte, se pare că sunt din ce în ce mai multe femei care cer să nască prin cezariană, motivaţia fiind de cele mai multe ori una subiectivă. Însă, pe de altă parte, există şi un număr în creştere al medicilor care recurg la astfel de naşteri, pentru motive care nu ne sunt cunoscute. Procentajul din ce în ce mai mare al naşterilor prin cezariană este confirmat şi de studiul nostru, unde 37 dintre mamele intervievate nasc în acest mod, adică un procentaj de 60% din totalul populaţiei eşantionate, acest fapt fiind un motiv suficient pentru a nu lua în calcul modalitatea prin care se realizează naşterea în studiul pe care l-am efectuat.

4.4. Analiza datelor

4.4.1. Coeficientul Cronbach-alfa

Înainte de a întreprinde o analiză statistică a datelor furnizate de cele două inventare, trebuie să menţionăm că *Antenatal Emotional Attachment Scale* este construit de către John Condon M.D., Flinders Medical Centre, South Australia, Australia, iar *Emotional Availability (EA)-Self Report* este contruit de către Zeynep Biringen Ph.D., Colorado State University, U.S.A., astfel că ***pentru ambele intrumente am obţinut acordul*** fără de care nu am fi putut aplica aceste intrumente în România.

Este obligaţia nostră să menţionăm că, dacă la primul chestionar am avut un lot de 60 de persoane, tinere mame aflate în perioada prenalală, la cel de-al doilea chestionar numărul acestora a scăzut semnificativ ca urmare a mai multor cauze printre care amintim modificarea numerelor de contact sau a adresei iniţiale şi lipsa de interes şi de implicare în studiu, mergând până la refuzul categoric al celei de-a doua testări. Acest fapt a îngreunat semnificativ cercetarea statistică longitudinală care a variat între 10 şi 20 de luni, întrucât a fost important de surprins şi relaţia pe care mama o are cu copilul după naştere, însă categoric la o vârstă în care anumite aspecte ale celui de-al doilea instrument puteau fi sesizate.

În legătură cu problematica consisteţei şi fidelităţii acestor două intrumente pe o populaţie alta decât cea pentru care fuseseră concepute, noi am întreprins un studiu statistic care să observe care este coeficientul Cronbach-alfa pentru cele două chestionare.

Astfel, la *Antenatal Emotional Attachment Scale* (Inventarul de ataşament antenatal) avem un *alfa* cu valoarea de *0,736* pe un lot de 60 de persoane cu vârsta cuprinsă între 16 şi 40 de ani. Acest coeficient este semnificativ statistic, putând aprecia că itemii instrumentului sunt consistenţi, că instrumentul se încadrează termenului de fidelitate statistică.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,736	,761	19

Nu trebuie să nu luăm în considerare şi faptul că nu a existat nicio corelaţie negativă între cei 19 itemi ai chestionarului şi acesta ca întreg.

Am făcut acelaşi lucru cu *Emotional Availability (EA)-Self Report* (Inventarul de disponibilitate afectivă), constatând desigur că doi itemi (8 şi 42) aveau un indice de covarianţă de zero sau apropiat acestuia, fapt ce a determinat scoaterea acestor doi itemi din analiza statistică. Trebuie menţionat aici că atât itemul 8 cât şi 42 făceau parte din dimensiunea „senzitivitate" a *Inventarului de disponibilitate afectivă*, fapt care ne-a determinat să nu luăm în calcul această dimensiune în cercetarea de faţă.

Coeficientul ***afla*** pentru Inventarul de disponibilitate afectivă este unul semnificativ, având valoare de ***0,833***, pe un lot de 40 de persoane cu vârsta cuprinsă între 16 şi 35 de ani. Acest coeficient este semnificativ statistic, putând aprecia că intrumentul

este valid din punct de vedere statistic şi că poate fi luat în calcul în perspectiva întreprinderii unui studiu statistic.

Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,833	,832	79

Se observă că valoarea de *0,833* este la un număr de 79 de itemi, ceea ce înseamnă că din procesul de analiză statistică au fost scoşi itemii 8 şi 42, coeficientul fiind unul semnificativ statistic, arătând că testul are o fidelitate destul de bună chiar dacă a fost tradus şi aplicat pe populaţie românească.

4.4.2. Statistica descriptivă şi analiza datelor

Întâi de toate am dori să facem o analiză preliminară a datelor pentru a vedea cum se încadrează ele ca şi statistică descriptivă, astfel că avem un număr de 60 de persoane care au răspuns la chestionarul de ataşament prenatal iar datele statistice se prezintă în felul următor:

Statistics

		ataşament	calitate	intensitate
N	Valid	60	60	60
	Missing	0	0	0
Mean		82,72	46,02	32,00
Median		84,00	47,00	32,00
Mode		87	49	31
Std. Deviation		6,284	4,324	3,484
Variance		39,495	18,695	12,136
Minimum		59	30	22
Maximum		94	54	39
Sum		4963	2761	1920
Percentiles	25	80,00	44,00	30,00
	50	84,00	47,00	32,00
	75	87,00	49,00	35,00

Prin urmare observăm că *abaterea standard* pentru *ataşament prenatal* este în jurul valorii de *6,30* în timp ce pentru cele două dimensiuni ale acestuia este în jurul a 4,30 *(la calitate)* şi 3,5 *(la intensitate)*. De asemenea, mai observăm că *valoarea minimă* a scorului la teste este de 59 iar *valoarea maximă* este de 94, rezultate pe care ulterior le-am eliminat din cercetare ca fiind valori extreme, tocmai pentru a avea un rezultat statistic cât mai fidel ţinând cont de faptul că lotul a fost de 60 de subiecţi.

Împărţirea pe percentile ne face să ne gândim că putem avea un ataşament scăzut mai ales dacă scorurile se situează sub percentila 25, adică atunci când avem un scor mai mic decât 80 şi de asemenea, vom avea un ataşament prenatal foarte crescut dacă valoarea scorului se situează peste percentila 75, adică un scor mai mare de 87.

Datele obţinute de la naştere au fost următoarele:

Statistics

		greutate	problematici	sex	apgar
N	Valid	60	60	60	60
	Missing	0	0	0	0
Mean		3408,17	,23	1,53	8,62
Median		3400,00	,00	2,00	9,00
Mode		3400	0	2	9
Std. Deviation		383,151	,427	,503	,715
Range		1760	1	1	4
Minimum		2500	0	1	6
Maximum		4260	1	2	10
Percentiles	25	3162,50	,00	1,00	8,00
	50	3400,00	,00	2,00	9,00
	75	3600,00	,00	2,00	9,00

Prima ipoteză statistică: *Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi apariţia unor probleme la naştere (respectiv apariţia circularei pericervicale de cordon ombilical).*

Deşi în inventarul de problematici ale naşterii am descris mai multe variabile contextuale, trebuie menţionat că cel multe dintre ele nu au apărut deloc la naştere, în schimb *circulara pericervicală de cordon ombilical* a fost indicele care s-a regăsit cel mai des. Avem aşadar două tipuri de date statistice, pe de o parte rezultatele la inventarul de ataşament prenatal, care sunt date de tip interval (paramentrice) şi datele care atestau prezenţa sau absenţa problemelor la naştere, respectiv prezenţa circularei pericervicale şi care sunt date de tip nominal (neparamentrice).

Găsirea unei relaţii între cele două tipuri de date s-a bazat pe utilizarea procedurii **Crosstabulations** pentru date neparamentrice, pentru a vedea dacă există o legătură între *ataşamentul prenatal* al mamei şi variabila *problematici la naştere*. De asemenea, am avut în vedere excluderea din relaţia de covarianţă a scorurilor extreme (scorurile 59 şi 94), întrucât aveam un număr destul de mic de date iar extremele ar putea influenţa relaţia statitică.

Astfel avem următorul tabel care ne arată în ce măsură cele două categorii de date se asociază:

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	,706			,050
	Cramer's V	,706			,050
	Contingency	,577			,050
Interval by Interval	Pearson's R Coefficient	-,297	,130	-2,324	,024[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,315	,130	-2,484	,016[c]
N of Valid Cases		58			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

Se observă prezenţa unei relaţii semnificative negative între ataşamentul prenatal al mamei şi prezenţa circularei pericervicale de cordon ombilical (r = – ***0,297***), la un prag de semnificaţie p < 0,05 (0,024) ca urmare a corelaţiei Pearson şi o relaţie statistic semnificativă (r = – ***0,315***) la un prag de semnificaţie p<0,05 (0,016) ca urmare a corelaţiei Spearman. Ambele praguri de semnificaţie sunt foarte apropiate de p < 0,01 ceea ce ne oferă o certitudine în plus despre relevanţa asocierii dintre aceste date statistice. Mai mult decât atât se observă o valoare a lui Phi de ***0,706*** la pragul de semnificaţie p = 0,05 şi un coeficient de contingenţă de ***0,577***, de asemenea la un prag de semnificaţie de p < 0,05.

Pentru a vedea pe mai departe cât de intensă este asocierea dintre cele două tipuri de variabile am calculat *coeficientul de determinare* (r^2) ce arată gradul de comunalitate dintre două variabile. Astfel, am calculat pentru valuarea coeficientului lui Pearson (***r^2 = 0,08***), iar pentru valuarea coeficientului Spearman (***r^2 = 0,09***), amândoi coeficienţii au o valoare mai mare de 0,06, ceea ce indică o *asociere de intensitate medie* între cele două variabile.

Aşadar, *prima ipoteză statistică se repinge*, astfel că se confirmă prima ipoteză a cercetării care spune *că mamele cu un ataşament prenatal scăzut tin să aibe copii cu probleme la naştere, respectiv cu circulară pericervicală de cordon ombilical*. Putem afirma atunci că, cu cât mama manifestă un ataşament mai scăzut, cu atât creşte probabilitatea să apară problememe la naştere, respectiv copilul să aibe circulară de cordon obilical, acest lucru respectându-se la un prag de p < 0,05. De asemenea, cu cât mama manifestă un ataşament mai ridicat, cu atât creşte probabilitatea să nu apară circulara pericervicală de cordon ombilical.

În schimb J. Condon ţine să precizeze că ataşamentul prenatal are la bază două dimensiuni: calitatea şi intensitatea preocupării. Încecăm să aflăm care este relaţia statistică dintre cele două dimensiuni luate separat şi apariţia problemelor la naştere. Rezultatele sunt următoarele: *calitate-problematici* (r = – *0,186*) şi corelaţie statistic semnificativă între *intensitatea preocupării-problematici* (r = – ***0,261***), la un prag de semnificaţie p < 0,05, fapt care ne duce cu gândul la importanţa celei de-a doua dimensiuni a ataşamentului în demersul nostru statistic.

A doua ipoteză statistică: Nu există nicio relație între atașamentul prenatal al mamei și scorul Apgar al copilului la naștere.

Avem astfel tot două tipuri de date statistice, pe de o parte rezultatele la inventarul de atașament prenatal, care sunt date de tip interval (paramentrice) și scorul Apgar pe care îl primește copil la naștere, respectiv date de tip nominal (neparametrice).

În aceste condiții am utilizat din nou procedura **Crosstabulations** pentru date neparamentrice, pentru a vedea dacă există o relație între cele două dimensiuni enunțate mai sus, adică între atașamentul prenatal al mamei și scorul Apgar pe care îl primește copilul la naștere. Prin urmare, am putut observa modul în care datele au fost calculate statistic și modul în care ele sunt sau nu asociate prin intermediul următorului tabel:

Symmetric Measures

		Value	Asymp. Std. Error[a]	Approx. T[b]	Approx. Sig.
Nominal by Nominal	Phi	1,235			,090
	Cramer's V	,618			,090
	Contingency	,777			,090
Interval by Interval	Pearson's R Coefficient	-,047	,125	-,353	,726[c]
Ordinal by Ordinal	Spearman Correlation	-,037	,137	-,277	,783[c]
N of Valid Cases		58			

a. Not assuming the null hypothesis.

b. Using the asymptotic standard error assuming the null hypothesis.

c. Based on normal approximation.

După cum se poate constata din tabelul de mai sus, există o relație negativă între atașamentul prenatal al mamei și scorul Apgar (r = – *0,047*), ca urmare a corelației Pearson, însă ea nu este semnificativă statistic, pentru niciunul din cele două praguri de semnificație. Chiar și coeficientul de corelație Spearman (r = – *0,037*) confirmă prezența unei relații negative dintre cele două dimensiuni, dar de asemenea acesta nu este semnificativă statistic pentru niciuna dintre cele două praguri de semnificație. De asemenea, valoarea lui Phi este de *1,235*, fără nicio semnificație statistică, iar valoarea coeficientului de contingență este de *0,777*.

Astfel, *a doua ipoteză statistică este acceptată* și anume că nu există nicio relație între atașamentul prenatal al mamei și scorul Apagar al copilului la naștere. Din acest motiv a doua ipoteză teoretică a cercetării nu are niciun fundament științific.

A treia ipoteză statistică: Nu există nicio relație atașamentul prenatal al mamei și greutatea copilului la naștere.

În acest caz avem date statistice asemănătoare: rezultatele la inventarul de atașamentul prenatal și rezultatele greutății, măsurate în grame, ambele fiind date de tip interval, neavând zero absolut (date paramentrice).

Aşadar, pentru a testa această a treia ipoteză a cercetării noastre ne-am folosit de această dată, datorită prezenţei datelor parametrice, de coeficientul de **corelaţie Spearman**, însă am luat în calcul în acestă ecuaţie şi variabila sex. Ceea ce ne-a facut să recurgem la acestă variantă a fost faptul că s-a demonstrat de-a lungul anilor că, copiii de sex masculin au în medie o greutate mai mare la naştere decât copii de sex feminin.

Correlations

Control Variables			ataşament	greutate
ex	ataşament	Correlation	1,000	-,019
		Significance (2-tailed)	.	,885
		df	0	57
	greutate	Correlation	-,019	1,000
		Significance (2-tailed)	,885	.
		df	57	0

Ecuaţia statistică arată o corelaţie negativă între ataşamentul prenatatal al mamei şi greutatea copilului la naştere (*r = – 0,019*), însă nesemnificativă statistic pentru nici unul dintre cele două praguri de semnificaţie, astfel că *a treia ipoteză statistică este acceptată* şi anume nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi greutatea copilului la naştere. Ca atare, a treia ipoteză teoretică a cercetării nu are la rândul ei niciun fundament ştiinţific.

Deşi nu am inclus în studiul nostru o relaţie între scorul Apgar care-l primeşte copilul când se naşte şi greutatea acestuia la acelaşi moment, se pare că există o relaţie semnificativă între cele două variabile. Am recurs la efectuarea unei corelaţii simple, iar datele au fost cât se poate de relevente. Există o corelaţie negativă dintre scorul Apgar şi greutatea copilului la naştere (***r = – 0,310***), la un prag de semnificaţie de $p<0,05$. Prin urmare există o probabilitate statistică ca scorul pe care-l primeşte copilul la naştere să covarieze în sens invers cu greutatea acestuia.

Pentru a vedea pe mai departe cât de intensă este asocierea dintre cele două tipuri de variabile am calculat *coeficientul de determinare* (r^2) ce arată gradul de comunalitate dintre două variabile, astfel că (***r^2 = 0,09***) o valuare mai mare de 0,06, ceea ce indică o *asociere de intensitate medie* între cele două variabile.

A patra ipoteză: *Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi (non)intruzivitatea acesteia în relaţie cu copilul după naştere;*

Desigur şi în acest caz avem de-a face cu date statistice asemănătoare, date de tip interval (date parametrice). Atât ataşamentul prenatal cât comportamentul (non)intruziv al mamei au scoruri care pot fi puse în relaţie cu ajutorul coeficientului de **corelaţie Pearson**, pentru a se vedea în ce măsură există o relaţie statistic semnificativă între cele două tipuri de date.

Correlations

		ataşament	nonintruzivitate
ataşament	Pearson Correlation	1,000	,036
	Sig. (2-tailed)		,852
	N	40,000	40
nonintruzivitate	Pearson Correlation	,036	1,000
	Sig. (2-tailed)	,852	
	N	40	40,000

Ecuaţia statistică arată o relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi comportamantul ei (non)intruziv faţă de copil după naştere ($r = 0,036$), coeficient care este nesemnificativ statistic pentru niciunul dintre praguri. Prin urmare, *a patra ipoteză statistică* a cercetării noastre *este acceptată*, astfel încât ipoteza teoretică a cercetării nu are nicio bază ştiintifică, atunci când ne referim la un eşantion de 40 de persoane.

A cincea ipoteză: *Nu există nicio relaţie între ataşamentul prenatal al mamei şi (non)impulsivitatea acesteia în relaţie cu copilul după naştere.*

Datele statistice şi în acest caz sunt asemănătoare, deoarece avem în ambele cazuri date de tip interval (date paramentrice). Scorurile ataşamentului prenatal şi cele ale comportamentului nonimpulsiv al mamei pot fi de asemenea puse în relaţie cu ajutorul coeficientului de **corelaţie Pearson**, pentru a se vedea în ce măsură există o relaţie statistic semnificativă între cele două tipuri de date.

Correlations

		ataşament	nonostilitate
ataşament	Pearson Correlation	1,000	-,385*
	Sig. (2-tailed)		,039
	N	40,000	40
nonostilitate	Pearson Correlation	-,385*	1,000
	Sig. (2-tailed)	,039	
	N	40	40,000

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Se observă prezenţa unei relaţii semnificative negative între ataşamentul prenatal al mamei şi comportamentul ei nonostil faţă de copil după naştere ($r = -0,385$), coeficient care este semnificativ statistic pentru pragul de semnificaţie $p < 0,05$ (0,039).

Aşadar, *a cincea ipoteza statistică se repinge* prin urmare putem spune că există o asociere negativă între ataşamentul prenatal al mamei şi comportamentele ei (non)ostile faţă de copil după naştere. Putem afirma atunci că, cu cât mama manifestă un ataşament mai scăzut înainte de naştere, cu atât creşte probabilitatea să apară comportamente ostile

față de copil după naștere (mai precis după vârsta de 6 luni), respectiv cu cât mama manifestă un atașament mai crescut înainte de naștere, cu atât crește probabilitatea ca comportamente ostile față de copil după naștere (mai precis după vârsta de 6 luni) să fie din ce în ce mai puține, acest lucru respectându-se la un prag de $p<0,05$.

Pentru a vedea pe mai departe cât de intensă este asocierea dintre cele două tipuri de variabile am calculat *coeficientul de determinare* (r^2) ce arată gradul de comunalitate dintre două variabile, astfel că ($r^2 = 0,14$) o valoare ce indică o *asociere puternică* între cele două variabile, în consecință putem afirma că există o asociere puternică între atașamentul prenatal al mamei și comportamentele ei (non)ostile față de copil după naștere.

A șasea ipoteză: Nu există nicio relație între atașamentul prenatal al mamei și comportamentul copilului de a o implica în activitățile lui după naștere.

Ca și în cazurile precedente, datele statistice și aici sunt asemănătoare, deoarece avem în ambele cazuri date de tip interval (date paramentrice). Scorurile atașamentului prenatal și cele ale comportamentului observat al copilului de a implica mama în activitățile lui pot fi de asemenea puse în relație cu ajutorul coeficientului de **corelație Pearson**, pentru a se vedea în ce măsură există o relație statistic semnificativă între cele două tipuri de date.

Correlations

		atașament	solicitarea mamei
atașament	Pearson Correlation	1,000	,277
	Sig. (2-tailed)		,145
	N	40,000	40
solicitarea mamei	Pearson Correlation	,277	1,000
	Sig. (2-tailed)	,145	
	N	40	40,000

Ecuația statistică arată o relație între atașamentul prenatal al mamei și comportamantul ei nonintruziv față de copil după naștere ($r = 0,277$), coeficient care este desigur nesemnificativ statistic pentru niciunul dintre praguri. Prin urmare *a șasea ipoteză statistică* a cercetării noastre *este acceptată*, astfel încât ipoteza teoretică a cercetării nu are nicio bază științifică, atunci când ne referim la un eșantion de 40 de persoane.

4.5. Concluziile cercetării

Întrebarea pe care ne-am pus-o la începutul cercetării noastre – ca urmare a datelor empirice asemănătoare la subiecți care ajunseseră să poată regresa prenatal în cadrul grupului experiențial și care ținea de prezența unei anumite emoționalități a adultului din perioada prenatală și din timpul nașterii – ne-a îndemnat către construirea unor ipoteze ce au încercat să „verifice" într-o oarecare măsură existența unei relații dintre disponibilitatea mamei, respectiv atașamentul ei prenatal față de făt și perspectiva

nașterii. Binențeles că această perspectivă ne-a îndemnat să cercetăm dacă această „bază emoțională" care se construiește înainte de naștere nu predomină și după naștere și nu influențează pe mai departe relația cu propriul copil.

Perspectiva fiind una cel puțin interesantă, am ajuns, ca urmare a strângerii unui număr de date semnificative, să vedem în ce măsură ele pot fi puse în legătură cu atașamentul prenatal, concept care nu demult este luat în considerare din ce în ce mai des atât în abordările terapeutice cât și ca element semnificativ în contruirea unei relații mamă-copil.

Prin urmare, prima ipoteza conform căreia ***mamele cu un atașament prenatal scăzut tind să aibe probleme la naștere a putut fi verificată statistic***. Ținând cont de faptul că problemele la naștere au fost reprezentate de prezența circularei pericervicale de cordon obilical (întrucât acesta a fost indicatorul care s-a repetat cel mai des și pe care l-am luat în considerare în studiul nostru statistic), atunci am putea afirma cu oarecare certitudine că *mamele cu un atașament prenatal scăzut tind să nască copii cu circulară pericervicală de cordon*. Astfel, cu cât mama manifestă un atașament mai scăzut înainte de naștere, cu atât crește probabilitatea să apară problememe la naștere, respectiv copilul să aibe circulară pericervicală de cordon obilical. De asemenea, amintim aici că asocierea cea mai relevantă a fost între dimensiunea atașamentului prenatal denumită *„intensitatea preocupării"* și prezența *circularei pericervicale de cordon ombilical*, astfel dacă luăm în considerare faptul că J. Condon denumește prin aceasta „intensitatea emoțiilor care însoțesc comportamentele de interacțiune cu fătul", atunci ceea ce contează semnificativ în această asociere de variabile este tocmai *intensitatea emoției* pe care mama o are pentru făt.

Dat fiind faptul că atașamentul prenatal este o variabilă anterioară variabilei contextuale perinatale (circulara pericervicală de cordon ombilical), cel puțin din punct de vedere teoretic ne-am permis să o considerăm pe prima o variabilă independentă ce poate influența apariția celei de-a doua variabile. Prin urmare putem spune că *cu cât scade intensitatea emoției mamei față de făt cu atât este probabil să apară problematica circularei pericervicale de cordon ombilical*. Cu alte cuvinte putem presupune teoretic că intensitatea emoției mamei, ca și variabilă independentă, influențează apariția circularei pericervicale de cordon ombilical la făt.

Circulara pericervicală de cordon ombilical nu este altceva decât învășurarea cordonului ombilical în jurul gâtului fătului, ca urmare a mișcărilor pe care acesta le face în uter. Cordonul obilical se poate strânge (circulară strânsă pericervical) odată ce nașterea progresează datorită contracțiilor uterului. El este „legătura" fătului de placentă prin intermediul vaselor de sânge care îl străbat, având rol de reglare a fluxului sangvin care ajunge să perfuzeze fătul, astfel că circulara pericervicală de cordon produce, în timpul nașterii și uneori în ultimele săptămâni până la naștere, o anoxie temporală în sensul în care creierul acestuia nu mai este irigat suficient.

Aceste lucruri ne duc la concluzia că *mișcările copilului la o mamă cu un atașament prenatal redus sunt foarte probabil în medie mai ridicate ca frecvență decât în cealaltă situație*, fapt care crește incidența acestei manifestări clinice. Desigur că pot fi luați în considerare aici mai mulți factori care ar putea interveni în acest proces, însă ni s-a părut semnificativ din acest punct de vedere că acestă concluzie statistică certifică valoarea datelor empirice obținute în grupurile de psihoterapie experiențială, atunci când am putut face regresie prenatală.

Persoanele adulte care au putut regresa, adică au putut scoate la suprafaţă emoţii care ţineau de acea perioadă, manifestau o *imposibilitate de a respira*, aşa cum o arată şi cazurile expuse de noi în capitolul anterior. Totodată, am observat că unele dintre ele avuseseră circulară pericervicală de cordon ombilical, fapt care se potrivea foarte bine acestei probleme de respiraţie odată cu scoaterea la suprafaţă a acestor emoţii timpurii. De asemenea, deosebit de interesant ni s-a părut că în toate cazurile – fără excepţie – persoanele respective fuseseră mai mult sau mai puţin respinse de mamă, sau mama în timpul perioadei de sarcină recursese la diferite metode sau practici pentru a provoca un avort. Prin urmare ne este cât se poate de clar că *rezultatele statistice confirmă ceea ce constatasem anterior din lucrul nostru experienţial şi anume că ataşamentul scăzut al mamei, posibil în corelaţie şi cu alte tipuri de factori este posibil să conducă la o anoxie perinatală*, care îngreunează procesul naşterii, contribuind la accentuarea unor senzaţii pe care fătul le simte în timpul naşterii.

Luând în considerare teoria lui S. Grof care certifică că aceste fenomene senzoriale şi emoţionale rămân adânc întipărite în psihicul uman, teorie care ulterior s-a demonstrat că are ca bază ştiinţifică constatările lui C. Pert despre neuro-fiziologia emoţiilor, atunci ne putem gândi la cât de „puternic emoţional şi fiziologic" este recepţionată naşterea! Este cu siguranţă o confruntare nu anihilarea, cu moartea în aspectul ei distructiv, de „strangulare" şi atunci nu este de mirare că acest aspect este adânc întipărit în inconştient.

A doua ipoteză a cercetării şi a treia ipoteză a cercetării conform căreia ***mamele cu un ataşament prenatal scăzut tind să nască copii cu un scor Apgar scăzut sau cu o greutate scăzută, nu a putut fi verificată statistic***. Prin această ipoteză am încercat să aflăm în ce măsură ataşamentul prenatal al mamei se află în relaţie cu cele două variabile ale naşterii

După cum ştim scorul Apgar este prima apreciere a nou-născutului la 60 de secunde după expulzie, el fiind propus de către Virginia Apgar ca o modalitate de măsurare a stării nou-născutului şi are în vedere următorii paramentri: respiraţia spontană, frecvenţa cardiacă, culoarea tegumentelor, excitabilitatea reflexă şi tonusul muscular. Relevanţa o are măsurarea la cinci minute după naştere, scor care va rămâne definitiv şi va fi înregistrat ca atare. Greutatea este şi ea un indice semnificativ care se înregistrează după naştere.

Nu putem afirma aşadar că un indice Apgar mare sau o greutate mare a nou-născutului are legătură cu un ataşament prenatal mai ridicat al mamei, cum nu putem afirma că între ele există o relaţie indirect proporţională. Ideea că poate exista un flux sangvin mai mare sau *o cantitate mai mare de glucide, lipide, vitamine, minerale, proteine şi alte substanţe* care ţin de procesul creşterii fizice a fătului în condiţiile în care *ataşamentul prenatal al mamei este crescut* sau că *se produce o mai mică asimilare a lor în condiţiile în care ataşamentul prenatal al mamei este scăzut, este o idee care în studiul de faţă nu are fundament ştiinţific*, în condiţiile unui studiu în care sunt implicate un număr de 60 de persoane. Prin urmare, absorţia de glucide, lipide, vitamine, minerale, proteine etc. sau prezenţa lor cantitativă în fluxul sangvin nu poate fi pusă în legătură cu ataşamentul prenatal al mamei.

Pe de altă parte este de precizat faptul că scorul Apgar 9 a reprezentat frecvenţa cea mai mare, el *reprezentând 66% din totalul scorurilor Apgar*, fiind un singur scor de 6

şi două scoruri de 10. Acest lucru ni se pare semnificativ pentru cercetarea statistică, întrucât există un număr relativ limitat de frecvenţe cu care să se poată face o comparaţie statistic semnificativă. Astfel, considerăm că *studiul nostru din acest punct de vedere este limitat de prezenţa redusă a frecvenţelor mai multor note Apgar*, fapt care ne determină să privim cu oarecare detaşare acestă relaţie statistică şi inerent validarea sau nu celei de-a doua ipoteze a cercetării. Nu putem să nu menţionăm că un eşantion mult mai mare ar fi mult mai relevant cel puţin din acest punct de vedere, întrucât ar face posibilă includerea în datele cercetării a unui număr de frecvenţe mult mai mare pentru fiecare din scorurile pe care nou-născuţii le obţin la naştere ca urmare evaluării Apgar.

Pentru a merge mai departe în decelarea rezultatelor ca urmare a cercetării următoarelor trei ipoteze statistice, este nevoie să facem precizarea că în inventarierea diferitelor dimensiuni ale disponibilităţii afective şi în special a comportamantului şi emoţionalităţii copilului mic ne-am folosit de *Emotional Availability Instrument (Self-report)*. Acest instrument de măsurare a disponibilităţii emoţionale se bazează exclusiv pe propria percepţie a celui care se îngrijeşte de copil în legătură cu modul cum relaţionează cu copilul şi a comportamentelor copilului ca atare.

Aşadar, ceea ce dorim să scoatem în evidenţă încă de la început este că avem de-a face cu doi factori deosebit de importanţi care pot denatura scorarea unui comportamant obiectiv: pe deoparte propriul subiectivism al celui care măsoară şi care este implicat în procesul ce trebuie măsurat şi, pe de altă parte, un factor de dezirabilitate socială care provine din faptul că cel care trebuie să-şi identifice comportamantele în legătură cu modul în care relaţionează şi oferă îngrijire copilului, are tendinţa de a accentua aspectele pozitive, dezirabile ale relaţiei, şi de a le estompa pe cele negative.

Pe de altă parte, trebuie să luăm în calcul faptul că avem de-a face cu mame la prima lor naştere, iar eliminarea variabilei prezenţei a celui de-al doilea copil, a fost una ce a vizat în special faptul că disponidilitatea afectivă în termenii dimensiunilor care ţin de mamă poate fi mult mai bine evidenţiată în cazul prezenţei unui alt copil, tocmai datorită – credem noi – faptului că mama este obişnuită rolului de mamă, cerinţelor şi aşteptărilor pe care copilului o are de la ea, adică are o oarecare deprindere în ceea ce priveşte disponibilitatea ei faţă de copil, ca urmare a experimetării ei în trecut. Prin urmare, concluziile pe care le prezentăm mai jos şi care rezultă din testarea următoarelor ipoteze ale noastre, este necesar să ia în calcul aceste aspecte.

Astfel, a patra ipoteză a cercetării noastre conform căreia ***mamele cu un ataşament prenatal scăzut tind să aibă comportamente ce implică o oarecare intruzivitate faţă de copil după naştere*** nu are nicio o bază statistică, în sensul în care din punct de vedere statistic ***nu există nicio legătură între cele două dimensiuni***.

În definirea dimensiunilor disponibilităţii afective, comportamentul nonintruziv al părintelui are legătură cu capacitatea lui de a fi disponibil faţă de copil, fără a inteveni prea mult şi ce a-i respecta autonomia. La polul opus avem un părinte suprastimulativ, care controlează interacţiunea, netolerând autonomia copilului atunci când ea este manifestată, comportament care din punct de vedere teoretic l-am pus în legătură cu ataşamentul prenatal al mamei sau mai bine spus cu lipsa acestuia, însă aşa cum foarte bine s-a putut constata nu există nicio legătură între ataşament prenatal al mamei şi nonintruzivitatea acesteia faţă de copil după naştere.

A cincea ipoteză a cercetării noastre conform căreia ***mamele cu un ataşament prenatal scăzut tind să aibă comportamente ce implică o oarecare ostilitate faţă de copil după naştere a putut fi verificată statistic*** cel puţin la nivelul unei relaţii dintre cele două dimensiuni. Deşi ipoteza cercetării afirmă o relaţie cauzală între cele două comportamente, ceea ce s-a constatat statistic se referă la ***existenţa unei relaţii între cele două, fără a fi neaparat cauzală***. Astfel, *cu cât mama manifestă un ataşament mai scăzut înainte de naştere, cu atât creşte probabilitatea să manifeste mai multe comportamente ostile faţă de copil după ce acesta se naşte*. De asemenea, se poate afirma că *cu cât mama manifestă un ataşament mai ridicat înainte de naştere, cu atât creşte probabilitatea să manifeste mai puţine sau chiar deloc comportamente ostile faţă de copil după ce acesta se naşte*. Ambele afirmaţii sunt corecte din punct de vedere al verificării lor statistice, ţinând binenţeles cont că ele se verifică atunci când vârsta copilului este de cel puţin şase luni după naştere.

Pentru a înţelege mai bine ceea ce s-a putut evidenţia prin comportament ostil din definirea dimensiunilor disponibilităţii afective, Z. Biringen et al. spun că sunt forme de la cele mai ascunse cum ar fi nerăbdarea, nemulţumirea, disconfortul, plictiseala, ridicarea vocii, necăjirea, până la comportamente şi atitudini care ţin de o ostilitate directă ca de exemplu comportamente ameninţătoare (cu separarea sau abuzul), care provoacă frică – uneori înfricoşeză în mod clar copilul – până la comportamente asociate cu violenţa fizică.

Ştim de asemenea că ataşamentul prenatal al mamei din punct de vedere al teoriei lui J. Condon este foarte legat de emoţii pozitive pe care aceasta le manifestă faţă de copil încă înainte ca acesta să se nască iar dorinţa de a interacţiona cu fătul şi anticiparea tristeţii ca urmare a unei eventuale pierderi fie ea şi imaginare, sunt de asemenea factori ce identifică un ataşament prenatal crescut.

Acest fapt ne face să ne gândim că aceste emoţii negative sunt prezente atât înainte de naştere cât şi după aceasta, naşterea creând prin însuşi prezenţa fizică a copilului cadrul manifestării lor. Aşadar, *mama în cazul nostru nu are atitudini mai mult sau mai puţin ostile după naştere la întâmplare, ci ele sunt potenţial prezente încă dinainte ca propriul său copil să se nască*. Categoric prezenţa este o continuare mult mai nuanţată şi mai proeminentă a unor emoţii, sentimente, a ataşamentului, ca preforme în perioada de sarcină, iar dacă emoţiile sunt cu preponderenţă unele negative acest lucru ar putea persista şi după naşterea copilului.

Asocierea puternică dintre cele două variabile vine în continuarea a două studii desfăşurate în Marea Britanie, primul pe o populaţie de 40 de femei sugerează că un ataşament prenatal scăzut poate prezice o simptomatologie a anxietăţii, dispoziţii emoţionale disturbante, depresie şi o oarecare iritare în legătură cu fetusul sau chiar abuz fetal (Pollock H., Percy A., 1999) şi al doilea pe un număr de 100 de gravide, autorii au inventariat ataşamentul prenatal în ultimul trimestru de sarcină, punând scorurile în legătură cu tipul de ataşament al copilului din aşa-numita „strange situation" a lui M. Ainsworth (Fogany P. et al., 1991), fapt care arată legătura dintre emoţiile negative pe care mama le are în perioada de sarcină şi care sunt prelungite după naştere, afectând ataşamentul copilului faţă de ea.

De asemenea, măsurând ataşamentul prenatal al mamelor faţă de copii şi apoi după 12 luni relaţia dintre acestea şi copii, Siddigui A. şi Hägglöf B. au putut demonstra

faptul că ataşamentul prenatal este un bun predictor pentru relaţia timpurie dintre mamă şi copil (Siddigui A., Hägglöf B., 2000). Mamele care care obţinuseră scoruri ridicate la inventarul de ataşament prenatal aveau scoruri ridicate la interacţiune şi implicare emoţională. Prin urmare, concluzia de faţă se înscrie pe aceeaşi direcţie, o direcţie ce pune foarte bine în legătură un ataşament scăzut al mamei pentru făt şi comportamentele ei emoţionale disturbante ce au legătură cu reacţiile de iritare sau nemulţumire sau necăjire sau chiar ameninţare a copilului după naştere.

Există părinţi care fac apel de foarte multe ori la emoţii negative (cum ar fi teama sau ameninţarea) pentru a dirija comportamentul copiilor lor de la o vârstă foarte fragedă, de a le stopa anumite comportamante sau de a le capta atenţia asupra propriilor lor persoane, iar acest lucru ne face să ne gândim serios dacă nu cumva acest gen de comportamente, duse de multe ori la extrem „angajează" în subsidiar un ataşament prenatal scăzut. Categoric lucrurile pot fi duse şi mai departe întrucât dacă ţinem cont de teoria lui B. Lipton despre modificările epigenetice şi despre ceea ce C. Pert spune în legătură cu moleculele emoţionale şi cu modul în care ele migrează prin sânge – de la mamă la făt – atunci ne punem clar întrebarea dacă *nu cumva un ataşament foarte scăzut al mamei asociat de cele mai multe ori cu un refuz al fătului din diferite cauze, nu este recepţionat de către acesta, iar modul său de raportare la „mamă" este unul „învăţat" încă din perioada uterină.* Adică, fătul şi ulterior copilul mic „învaţă" că nu este dorit, acceptat şi se comportă ca atare, refuzând la rândul său părintele ca un gest de autoapărare faţă de acest gen de „omisiune" până la a se închide în el, generând probabil contra-reacţii pe măsură, sau la polul opus continuă „să ceară" prin gesturi şi comportamente care pot produce iritare mamei şi astfel respingere.

Avem în perioada postnatală o relaţie mult mai bine obiectivată între mamă şi copil, o relaţie pe care fiecare o influenţează, în care fiecare este un protagonist activ, unul inluenţându-l pe celălalt în aceeaşi măsură în care el este influenţat. Este interesant din acest punct de vedere de aflat dacă copiii mai puţin doriţi, a căror mame au un ataşament redus, nu cumva plâng mai mult sau mai intens în perioada postanată, dacă nu cumva ei înşişi sunt mai ostili sau violenţi, ca un comportament instinctiv reactiv la ceea ce li se întâmplă. Acest gen de întrebări pot fi luate ca propunere pentru a fi studiate, întrucât problema este una cât se poate de complexă care merită o atenţie deosebită, avându-se în vedere o aborbare pe un eşantion mult mai mare de persoane.

A şasea ipoteză a cercetării noastre conform căreia există o legătură între ***ataşamentul prenatal al mamei înainte de naştere şi cererea copilului de a o implica în activităţile lui după naştere nu are nicio o bază statistică***, în sensul în care din punct de vedere statistic ***nu există nicio legătură între cele două dimensiuni***. Cererea copilului de a implica părintele în activităţile lui este asociată evident cu dorinţa acestuia de a face părintele părtaş la ceea ce se întâmplă cu el, căutând privirea părintelui sau contactul fizic sau, dacă este în perioada verbală, facând pauze sau manifestând diferite atitudini verbale pentru a atrage atenţia acestuia. Implicarea optimă este atunci când părintele este implicat de către copil într-o manieră confortabilă, pozitivă şi acest gen de comportamente le-am asociat unei bune relaţionări dintre cei doi care se structurează pe un ataşament prenatal crescut din partea acestuia, în cazul nostru al mamei. Însă, ceea ce am formulat din punct de vedere teoretic nu are o susţinere statistică întrucât între ataşamentul prenatal al mamei şi gradul în care copilul implică părintele în activităţile lui nu există nicio legătură.

Deşi iniţial ne gândeam că un ataşament prenatal scăzul al mamei ar putea conduce din partea copilului la comportamente de respingere a părintelui, adică de implicare mai puţină a acestuia în activităţile pe care copilul le desfăţoară se pare că, aşa cum am afirmat şi în concluziile de mai sus, şi viceversa poate fi adevărată. Ca atare, un ataşament prenatal scăzut al mamei să atragă după sine un comportament mai implicativ al copilului în ceea ce o priveşte pe mama sa, tocmai pentru a reface legătura sau mai bine spus a „o face", astfel el putând să-şi satisfacă nevoi emoţionale ce fuseseră anterior frustrate.

Evident că tocmai ipotezele care nu au putut fi argumentate statistic sunt cele care lasă loc la şi mai multe întrebări în legătură cu modalităţile de relaţionare dintre mamă şi copil. Sunt foarte multe întrebări care îşi caută răspunsul în acest domeniu care este abia la început mai ales în ţara noastră, întrebări care necesită o cercetare amănunţită, însă trebuiesc luate în considerare şi datele empirice întrucât există fenomene pe care statistica le poate surprinde cu dificultate, poate chiar deloc.

CAPITOLUL 8:
Concluziile cercetărilor privind rolul disponiblităţii afective materne în problematica naşterii şi în dezvoltarea emoţională a copilului mic

1. Concluziile cercetărilor

Din capitolele precedente s-a observat că am efectuat atât o cercetare calitativă – o abordare psihoterapeutică pe un număr de 10 grupuri – dar şi una cantitativă în care s-a avut în vedere dovedirea unor relaţii între mai multe categorii de date, rezultate care au ajutat la formularea următoarelor concluzii:

1. Datele empirice obţinute în urma experienţelor prihoterapeutice de regresie prenatală certifică înregistrarea de către făt a unor informaţii cu caracter emoţional înainte de naştere şi în timpul acesteia, care vor reprezenta baza emoţionalităţii sale.

Prin experienţele de regresie emoţională prenatală din cadrul grupurilor de psihoterapie efectuate cu persoane care nu fuseseră dorite la momentul concepţiei sau chiar pe toată perioada sarcinii, s-a observat că în perioada prenatală sunt întipărite foarte multe emoţii: de la sentimentul acceptării necondiţionate sau opusul său sentimentul respingerii – al faptului „de a nu fi dorit", sentimentul iubirii sau cel al urii, emoţia liniştii sau dimpotrivă cea a revoltei, sentimentul siguranţei sau cel al nesiguranţei, frica intensă de a nu fi rănit, culminând în final cu frica morţii. Aici au fost întâlnite adesea anumite aspecte psiho-fiziologice care confirmau anumite problematici în timpul perioadei prenatale şi perinatale: regresarea emoţională făcea ca mimica persoanei să se schimbe semnificativ faţă de cea pe care o avea înainte de a începe travaliul psihoterapeutic căpătând mimica unui copil foarte mic – lucru confirmat şi de persoanele din grup –, existau momente de transpiraţie abundentă la nivelul întregului corp, limbajul devenea uneori monosilabic – fapt care confirma că persoana se găsea într-o perioadă preverbală – sau, atunci când se evoca emoţia pe care o simte (care era de teamă, ori un sentiment al respingerii, al abandonului), apărea de cele mai multe ori o dificultate a persoanei în a respira şi de asemenea de a ieşi în afara „uterului" metaforic construit din corpurile mai multor participanţi la grup sau din elemente textile (haine, paturi, huse etc). Ele au fost deseori puse în legătură cu problematici medicale care apăreau de-a lungul naşterii, iar printre cele mai frecvente am întâlnit circulara pericervicală de cordon ombilical şi, în cazuri foarte rare, sindromul de detresă respiratorie.

Aceste fenomene ne-au oferit o certitudine că în experiențele psihoterapeutice prin care persoana regresa emoțional în perioada prenatală, exista o emoționalitate aparte, iar persoana în sine înregistrase o cantitate de informații care purta cu ea elementele emoționale ce se găseau într-o relație directă cu sentimentele, gânduri și unele din comportamentele mamei în perioada de sarcină. Facem precizarea că în toate cazurile în care s-a lucrat regresie emoțională prenatală an avut de-a face cu o respingere a sarcinii.

2. Atașamentul scăzut (intensitatea scăzută a emoției atașamentului) al mamei pentru făt în timpul sarcinii are legătură cu apariția circularei pericervicale de cordon ombilical la făt.

Ținând cont de faptul că problemele la naștere au echivalat în totalitate cu prezența circularei pericervicale de cordon obilical, atunci am putea afirma cu oarecare certitudine că mamele cu un atașament prenatal scăzut tind să nască copii cu circulară pericervicală de cordon. Ceea ce putem spune prin cercetarea noastră este că, cu cât mama manifestă un atașament mai scăzut înainte de naștere cu atât crește probabilitatea apariției circularei pericervicale de cordon obilical la făt.

Dacă circulara pericervicală de cordon ombilical este „legătura" fătului cu placenta mamei, legătură care se realizează prin intermediul vaselor de sânge care îl străbat, având de asemenea și rol de reglare al fluxului sangvin, atunci putem afirma că un atașament prenatal foarte scăzut al mamei poate îngreuna nașterea naturală. Ceea ce ni se parte semnificativ din acest punct de vedere este faptul că datele empirice culese ca urmare a întâlnirilor de psihoterapie experiențială de grup în care s-a făcut regresie emoțională prenatală și perinatală, confirmă într-o oarecare măsură această concluzie oferită de datele științifice.

3. Variația atașamentului mamei pentru făt în timpul sarcinii nu are legătură cu cantitatea de substanțe nutritive necesare creșterii în greutate a fătului și de asemenea nu poate fi pusă în legătură cu indicii care oferă scorul Apgar la naștere.

Nu putem afirma așadar că un indice Apgar mare sau o greutate mare a nou-născutului are legătură cu un atașament prenatal mai ridicat sau mai scăzut al mamei. Ideea că poate exista un flux sangvin mai mare sau o cantitate mai mare de glucide, lipide, vitamine, minerale, proteine și alte substanțe care țin de procesul creșterii fizice a fătului în condițiile în care atașamentul prenatal al mamei este crescut sau că se produce o mai mică asimilare a lor în condițiile în care atașamentul prenatal al mamei este scăzut, este o idee care nu are fundament științific. Prin urmare, absorția de glucide, lipide, vitamine, minerale, proteine etc. sau prezența lor cantitativă în fluxul sangvin nu poate fi pusă în legătură cu variația atașamentului prenatal al mamei, un fapt care certifică importanța dezvoltării fiziologice a individului chiar și atunci când atașamentul mamei este scăzut sau este semnificativ scăzut.

4. Variația atașamentului mamei pentru făt în timpul sarcinii are legătură cu frecvența comportamentelor ei (non)ostile față de copil în primul an de viață.

Astfel, cu cât mama manifestă un atașament mai scăzut înainte de naștere, cu atât crește probabilitatea să manifeste mai multe comportamente cum ar fi nerăbdarea, nemulțumirea, disconfortul, plictiseala, ridicarea vocii sau necăjirea copilului în primul an

de viață, comportamente care sunt o dimensiune a disponibilității ei afective. De asemenea, în cazuri extreme, se poate ajunge la comportamente care țin de o ostilitate directă pentru copil, ca de exemplu comportamentele de amenințare cu separarea sau abuzul. În aceeași măsură este valabilă și afirmația conform căreia, cu cât mama manifestă un atașament mai ridicat înainte de naștere, cu atât crește probabilitatea să manifeste mai puține sau chiar deloc comportamente ostile față de copil după ce acesta se naște, un indicator interesat dacă stăm să ne gândim că ambele comportamente țin de disponibilitatea afectivă maternă.

5. ***Variația atașamentului mamei pentru făt în timpul sarcinii nu are legătură cu frecvența comportamentelor copilului (așa cum sunt ele percepute de mamă) de a implica mama în acțiunile lui sau de a-i atrage atenția, în primul an de viață.***

Acestă concluzie lasă loc unor interpretări foarte importante din punct de vedere al relației mamă-copil din primul an de viață și nu numai, dacă luăm în considerare toate datele obținute anterior în alte studii: adică atașamentul mamei influențează baza emoțională a copilului și poate fi un predictor pentru relația timpurie dintre ea și copil. Ca atare, un atașament prenatal scăzut al mamei poate să atragă după sine un comportament mai implicativ al copilului în ceea ce o privește pe mama sa – tocmai pentru a reface legătura inițială –, el putând astfel să-și satisfacă nevoi emoționale ce fuseseră anterior frustrate.

Totodată, un atașament prenatal scăzut al mamei poate să atragă în primul an din partea copilului comportamente care să nu o implice foarte mult pe mamă în activitățile sale, iar acest lucru ar putea fi legat de faptul că un copil nestimulat de către mamă în timpul sarcinii, datorită neimplicării ei emoționale, cognitive și acționale, își dezvoltă o capacitate mai scăzută de interacțiune cu figura de atașament, comportament care se continuă în primul an de viață. Acest lucru este o formulare ipotetică care poate fi verificată de cercetări viitoare privitoare la emoționalitatea copilului în primul an de viață.

2. Contribuţii teoretice şi metodologice privind importanţa perioadei prenatale ca bază e emoţionalităţii copilului

Așa cum s-a putut constata, cercetarea efectuată de noi a avut în vedere două demersuri care să evidențieze rolul fundamental pe care îl au emoțiile mamei în perioada prenatală, pe de o parte retrăirea experienței „nașterii" în cadrul grupurilor de psihologie experiențială, iar pe de altă parte datele statistice care au confirmat rolul acestor emoții în experimentarea relației mamă-copil după naștere.

Ceea ce am reușit să să observăm prin intermediul experiențelor noastre cu grupurile de psihoterapie cu care am făcut regresie emoțională prenatală, a fost că emoțiile recepționate de făt *există întipărite în memoria adultului de mai târziu*. Tot ceea ce s-a repetat emoțional cu mama și cu el a fost recepționat într-un mod formidabil: de la refuzul sau chiar respingerea copilului în acea perioadă și până la experiența nașterii ca fapt în sine. În toate cazurile prezentate în studiul de față, s-a constat că emoțiile predominante erau *„frica"*, *„sentimentul abandonului"* și un așa-numit sentiment *„de a nu fi dorit"*, care după părerea nostră este diferit în mod clar de celelalte. Acel „simt că nu

sunt dorit" este foarte probabil asociat ataşamentului prenatal al mamei care, aşa cum J. Condon spune, are ca nucleu iubirea şi inerent căutarea obiectului ei. Acestă indisponibilitate afectivă maternă din perioada prenatală generează de multe ori această emoţie de „a nu fi dorit", urmare a unei interacţiuni energetico-informaţionale între cei doi care se succedă de aici.

Mai mult decât atât, în exemple expuse de noi, persoanele care avuseseră probleme la naştere – cum ar fi dificultatea de a respira sau au avut cordonul ombilical în jurul gâtului – retrăiau aceste experienţe atunci când sub pretext psihoterapeutic regresau până la acele stadii. Astfel că se retrăia emoţia asociată experienţei din prenatalitate care acum se repeta într-o formă simbolică, o experienţă ce era din nou readusă la nivel conştient. Interesant ni se pare faptul că acest tip de experienţe proveneau de la persoane adulte care în perioada prenatală fuseseră respinse de către propriile mame sau chiar acestea avuseseră gânduri sau tentative de a-i avorta.

Aceste rezultate vin să confirme ceea ce mulţi specialişti în psihologie prenatală sau actuali specialişti în bilogie celulară (A. DeCasper, Th. Verny, D. Chamberlain, S. Gof, B. Lipton) au spus: *există o memorie a fătului şi o memorie a naşterii.* Prin această perspectivă cercetarea calitativă se înscrie pe direcţia practicii psihoterapiei prenatale a lui Stanislav Grof care a fost principalul promotor al acestui domeniu în lumea ştiinţifică. Din acest punct de vedere, ***considerăm rezultatele cercetării calitative o contribuţie teoretică la promovarea psihologiei şi psihoterapiei prenatale şi perinatale în ţara noastră***, un domeniu care păstrează încă foarte multe informaţii ce necesită a fi descoperite.

Ce-a de-a doua cercetare a noastră, care punea în legătură ataşamentul mamei din perioada de sarcină cu problematica naşterii, confirmă într-o oarecare măsură ceea ce fusese descris de experienţele psihoterapeutice în care s-a făcut un travaliu al naşterii, adică ataşamentul scăzut al mamei sau mai bine spus o disponibilitate emoţională scăzută faţă de făt conduce uneori la apariţia circularei pericervicale de cordon ombilical. Acest fapt este deloc de negjijat dacă avem în vedere că acestui fenomen nu i se acordă absolut deloc o semnificaţie psihologică, el ne fiind pus în evidenţă de niciun studiu până în acest moment.

Ca atare considerăm că ***cele două cercetări aduc o contribuţie teoretică*** asupra problematicii disponibilităţii afective materne în timpul perioadei prenatale, în sensul în care demonstrează ***legătura dintre ataşamentului scăzut al mamei şi prezenţa cordonului ombilical din jurul gâtului copilului*** (o problematică prezentă uneori din perioada se sarcină) şi, mai mult decât atât, atrage atenţia asupra faptului că acest fenomen în esenţă medical poate fi si unul cu legături ce ţin de psihologia mamei. El este un fenomen care – aşa cum o demonstrează studiul nostru calitativ – rămâne întipărit în memoria corporală a persoanei şi este cât se poate de posibil să fie „activat" atunci când experienţe oarecum similare să se repete în viaţa acesteia, persoana dovedind probleme respiratorii sau de alt gen, însă acest lucru rămâne să fie confirmat şi de alte studii care se pot înscrie pe aceeaşi direcţie.

Prezenţa circularei de cordon ombilical la copii a căror mame manifestau – chiar şi la un test de autopercepţie – un ataşament redus este un motiv în plus în a ne gândi serios la existenţa unei psihologii înainte de naştere. Sunt mişcările frecvente ale fătului o consecinţă a unei mame pasive, neimplicate emoţional? Există şi alţi indicatori care să ne

facă să ne gândim că această „strangulare" are efecte peste timp şi contribuie la punerea în joc a aceloraşi mecanisme atunci când adultul de mai târziu se confruntă cu o problematică psihologică care „îi pune viaţa" în pericol? Toate aceste întrebări sunt foarte importante pentru delimitarea psihologiei prenatale pe mai departe ca un domeniu demn de a fi luat în serios pentru psihologia individului.

Ceea ce am mai putut demonstra a fost faptul că ataşamentul scăzut al mamei în perioada de sarcină se asociază unor comportamente ostile ale acesteia faţă de copil în primul an de viaţă. Acest lucru ne face să ne gândim dacă nu cumva această emoţionalitate în esenţă negativă este prezentă înainte de naştere, ca un fel de nucleu cognitiv-emoţional care configurează un ataşament prenatal scăzut sau chiar o lipsă a acestuia, existând emoţii şi gânduri negative care să afecteze sarcina ca atare. Din acest punct de vedere considerăm că studiul nostru se înscrie alătúri de alte studii ce au relevat existenţa unui continuum între emoţionalitatea mamei înainte de naştere şi emoţionalitatea ei în relaţia cu copilul după naştere.

Dacă este să ne referim la *aspectul metodologic*, atunci putem spune că metoda regresiei emoţionale prenatale în cadrul grupului de psihoterapie experienţială, cu ajutorul metaforei şi simbolului, este cea protrivit căreia am reuşit să scoatem la suprafaţă emoţii şi senzaţii profunde, emoţii care erau de multe ori destul de greu de gestionat de către persoana care efectua un astfel de travaliu deoarece ele nu fuseseră exprimate complet sau nu fuseseră exprimate niciodată.

Din acest punct de vedere considerăm că ***metoda de regresie emoţionale prenatale în cadrul grupului de psihoterapie experienţială, cu ajutorul metaforei şi simbolului, este o metodă importantă în a intra în contact cu emoţii dintre cele mai timpurii şi a le trăi şi resemnifica*** prin refacerea legăturii primare cu mama. În acest caz simbolul „mamei" fiind reprezentată de o persoană din grup pe care subiectul proiectează figura maternă sau chiar de grup în totalitatea lui, este una deosebit de importantă pentru că ajută la reactivarea unui întreg nucleu energetico-informaţional care retrăit, poate fi resemnificat într-o perspectivă nouă, stabilizantă pentru persoana în cauză, tocmai datorită faptului că aceasta are acces atât la inconştient cât şi la conţinuturile conştiinţei în acelaşi timp.

Metoda regresiei emoţionale prenatale de tip experienţial, pe care o propunem în continuare pentru accesarea emoţiilor timpurii şi redimensionării lor, ***se diferenţiază clar de alte metode cum ar fi cea a hipnozei clasice, ericksoniene sau de tehnica respiraţiei holotropice, întrucât nu doar accesează acestă bază energetico-informaţională, însă o şi resemnifică prin creerea unui context metaforic opus celui care a produs experienţa, restructurând reparator în prezent scenariul emoţional arhaic structurat anterior.*** I se oferă persoanei care are o astfel de experienţă, oportunitatea să aleagă dacă să continue sau nu experienţa, în funcţie de ceea ce simte, şi chiar să decidă asupra noii dimensiuni pe care o va căpăta propria emoţie, fiind responsabilă de modalităţile prin care să trăiască cealaltă faţetă a relaţiei cu mama prin alegerea persoanei sau persoanelor care o vor însoţi în redimensionarea acestei relaţii timpurii. Se ceează astfel un context metaforic propice schimbării, prin care vechile emoţii se rescriu şi se resemnifică calitativ.

Aceste emoţii imprintate în memoria fătului sunt baza relaţiei emoţionale pe care copilul o stabileşte cu mama, prin urmare bază a ataşamentului acestuia faţă de mamă şi a

sentimentului de securitate ce decurge de aici. Aceste fapte nu pot să nu ne pună pe gânduri atunci când vorbim de construirea sentimentului de securitate şi a ataşamentului ca o „predispoziţie de a forma legături intime cu alţi indivizi", astfel că este foarte posibil ca în cazul în care ataşamentul prenatal al mamei să fie semnificativ scăzut sau ea înseşi să fi recurs la metode de „îndepărtare" a fătului, acest lucru să afecteze ataşamentul copilului din rădăcini şi prin urmare capacitatea de a forma legături sigure cu alte persoane ca adult.

Consideraţii finale

Biologia şi mai ales epigenetica au reuşit în ultimii ani să demonstreze importanţa emoţiilor pentru dezvoltarea celulară şi inerent pentru mecanismele care se pun în mişcare la nivel genetic. A început astfel să se vorbească de un mediu prenatal şi de modul în care fătul este influenţat de către proprii părinţi încă din această perioadă. Se ştie că o serie întreagă de informaţii, care derivă din modul în care viitoarea mamă percepe mediul, ajung sub diferite forme (chimico-emoţională) să influenţeze mai mult sau mai puţin celula în dezvoltare, embrionul şi binenţeles fătul. Aşadar, modul în care percepe mama însărcinată mediul este esenţial am spune având în vedere faptul că mecanismele percepţiei sunt foarte impregnate de experienţele anterioare pe care aceasta le-a avut.

Astfel, nu este acelaşi lucru dacă mediul este ostil sau percepţia ei despre mediu este ca fiind unul nefavorabil. Mai mult decât atât, nu este totuna dacă părinţii îşi doresc copilul, dacă el a venit pe lume datorită unei întâmplări, dacă ei îşi doresc fată sau îşi doresc băiat, dacă mama este ataşată de copilul care se dezvoltă în interiorul ei, precum nu este deloc indiferent dacă femeia este susţinută de partenerul ei în perioada de sarcină. Toate aceste lucruri ascund emoţii şi gânduri cu care embrionul apoi fătul vine în contact şi le înregistrează în memoria sa pe termen lung.

Faptul că percepţiile şi gândurile noastre poartă un înalt grad de subiectivism este cunoscut încă de la descoperirea inconştientului, astfel că raportarea noastră faţă de persoane şi reacţia nostră la evenimente este foarte diferită de la om la om, în funcţie de ceea ce trezeşte fiecare persoană în inconştientul nostru. Ceea ce se află inconştient ca bază informaţională nu sunt altceva decât credinţe, imagini şi emoţii „încărcate" în fiinţa nostră prin observarea (de multe ori involuntară) a părinţilor, fraţilor, prietenilor, comunităţii şi a mediului în general sau întipăriri informaţionale ce survin dintr-o cale directă, prin ceea ce mama trăieşte în perioada prenatală.

Dacă este să ne referim la ultimele studii din domeniul neuroştiinţelor, ele au demonstrat că 95% din viaţa noastră este dirijată de inconştient, de la simplul comportament învăţat de conducere al maşinii la reacţiile şi deciziile pe care „le luăm", cu alte cuvinte acea „iluzie a alegerii" folosită de Iolanda Mitrofan în introducerea cărţii sale despre metodă Terapiei Unificării, nu face decât să ne creeze un surâs insinuos şi o dezamăgire ingenuă despre modul în care facem alegerile în viaţă. Din aceste considerente acel „aleg să fac un copil" trebuie să ne dea de gândit fiecăruia în parte, întrucât este foarte important dacă „alege" mama ta, partenerul, prietenii, societatea sau ai făcut acest lucru pentru că undeva în interiorul tău cel mai intim ai simţit că îţi doreşti cu adevărat un copil.

Ţinem să subliniem faptul că domeniul psihologiei şi al psihoterapiei prenatale este un domeniu extrem de nou în România, neexistând studii care să atragă atenţia asupra importanţei perioadei prenatale sau perinatale pentru copil şi pentru individ în general ca bază a dezvoltării sale emoţionale, astfel că încercăm prin studiul de faţă nu doar să suscităm interesul asupra acestui domeniu încă la început de drum şi chiar să-l promovăm ca pe un domeniu aparte, având speranţa că pe viitor el va fi important atât pentru psihologie cât şi pentru medicina din ţara noastră.

MULŢUMIRI

Mulţumim celor care ne-au susţinut la realizarea acestei lucrări:

- Prof. Univ. Dr. Iolanda Mitrofan, Preşedinte al Societăţii de Psihoterapie Experienţială din România, Coordonator programe doctorale la Universitatea din Bucureşti, România;
- Zeynep Biringen Ph.D., Director of Family & Developmental Studies (FDS) Graduate Program, Departament of Human Development & Family Studies, Colorado State University, U.S.A.;
- John T. Condon M.D., Departament of Psychiatry, Flinders Medical Centre, South Australia, Australia;
- Tuturor persoanelor participante la grupurile pe psihoterapie experienţială, care cu un deosebit curaj şi dorinţă de cunoaştere s-au implicat în retrăirea experienţei prenatale şi a naşterii, fară de care nu am fi reuşit să adunăm un material atât de vast în ceea ce priveşte problematica prenatalităţii.

Bibliografie selectivă

AINSWORTH, M. (1969). Object relations, dependency and attachment: a theoretical review of infant-mother relationship. *Child Development*, 40.

ACHTERBERG, J. (1994). Healing images and symbols in nonordinary states of consciousness. *ReVision*, 16(4), 148–156.

AGGLETON, J. (1992). *The Amygdala: Neurobiological Aspects of Emotion, Memory, and Mental Dysfunction*. New York: Wiley-Liss.

ALLEN, J., HAUSER, S., & BORMAN-SPURRELL, E. (1996). Attachment theory as a framework for understanding sequelae of severe adolescent psychopathology: An 11-year follow-up study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 254–263.

ALLEN, N. B., LEWINSOHN, P. M., & SEELEY, J. R. (1998). Prenatal and perinatal influences on risk for psychopathology in childhood and adolescence. *Development and Psychopathology*, 10(3), 513–529.

AMINI, F., LEWIS, T., LANNON, R., LOUIE, A., BAUMBACHER, G., MCGUINNESS, T., & ZIRKER-SCHIFF, E. (1996). Affect, attachment, memory: Contributions toward psychobiologic integration. *Psychiatry*, 59, 213–239.

AMIT, D. (1998). Simulation in neurobiology: Theory or experiment. *Trends in Neuroscience*, 21(6), 231.

ANAND, K. J. S., & HICKEY, P. R. (November 19, 1987). Pain and its effects in the human neonate and fetus. *New England Journal of Medicine*, 317(21), 1321–1329.

BAECKMAN, L., SMALL, B. J., WAHLIN, A., & BIRREN, J. E. (2001). Aging and memory: Cognitive and biological perspectives. In K. W. Schaie (Ed), *Handbook of the Psychology of Aging* (5th ed.), 349–377. San Diego, CA: Academic Press.

BATESON, P. P. G. (1976). Rules and reciprocity in behavioral development. In P. P. G. Bateson & R. A. Hinde (Eds.), *Growing Points in Ethology*, 401–421. Cambridge, England: Cambridge University Press.

BAUER, P. J. (1996). What do infants recall of their lives? Memory for specific events by one- to two-year olds. *American Psychologist*, 51(1), 29–41.

BAUER, P. J., & WEWERKA, S. S. (1995). One- to two-year-olds' recall of events: The more expressed, the more impressed. *Journal of Experimental Child Psychology*, 59, 475–496.

BEVERSDORF D. Q. et all, (2005). Timing and prenatal stressors and autism, *Journal of Autism and Developmental Disorders*, Vol. 35, No. 4

BIRINGEN, Z., ROBINSON, J. L., & EMDE, R. N. (1994). Maternal sensitivity in the second year of life: Gender-based relations in the dyadic balance of control. *American Journal of Orthopsychiatry*, 64, 78–90.

BIRINGEN, Z., EMDE, R. N., & PIPP-SIEGEL, S. (1997). Dyssynchrony, conflict, and resolution: Positive contributions to infant development. *American Journal of Orthopsychiatry*, 67, 4–19.

BIRINGEN, Z., EMDE, R. N., BROWN, D., LOWE, L., MYERS, S., & NELSON, D. (1999). Emotional availability and emotion communication in naturalistic mother-infant

interaction: Evidence for gender differentiation, Journal of Social Behavior and Personality, .14, 463–478.
BIRINGEN, Z., ROBINSON J. L., EMDE R. (2000). Appendix B: The emotional availability scales (3rd ed.;an abridged Infancy/Early Childhood Version), *Attachment & Human Development* Vol. 2.
BIRINGEN, Z. (2004). *Raising a secure child: Creating an emotional connection between you and your child*, Published by Perigee.
BIRNHOLZ, J. C. (1981). The development of human fetal eye movement patterns. *Science*, 130, 679–681.
BLETON, I., & SEDNAOUI-MIRZA, M. (1991). The paternal alliance during the process of preparation for welcoming a child in the case of premature delivery. Proceedings, ISPPM Pre-congress, Cracow, Poland, February 1–2, 1991.
BOHUS, B., et al. (1978). Oxytocin, vasopressin and memory: Opposite effects on consolidation and retrieval processes. *Brain Research*, 157, 414–417.
BONOMI, C. (2001). The evolution of the practice of the psychoanalytic psychotherapies. International Forum of Psychoanalysis, 10(3–4), 217–220.
BOWLBY, J. (1969). *Attachment and Loss: Vol. 1. Attachment*. London: Hogarth Press.
BOWLBY, J. (1973), *Attachment and Loss: Vol. 2. Separation: Anxiety & Anger*. London: Hogarth Press.
BOWLBY, J. (1980). *Attachment and Loss: Vol. 3. Loss: Sadness and Depression*. London: Hogarth Press.
BOWLBY J. (1965), *Child care and the groth of love*, London, Penguin.
BOWMAN, E. S. (1996). Delayed memories of child abuse. Part I: An overview of research finding on forgetting, remembering, and corroborating trauma. *Dissociation, 9*, 221–231.
BRAZELTON, T. B. (1981). *La naissance d□ une famille*. Édition Stock/Laurence Pernout, Paris.
BRAZELTON, T. B. (1962). Observations of the neonate. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 1, 38–58.
BREITER, H. C., ETCOFF, N. L., WHALEN, P. J., KENNEDY, W. A., RAUCH, S. L., BUCKNER, R. L. et al. (1996a). Response and habituation of the human amygdala during visual processing of facial expression. *Neuron*, 17, 875–887.
BREITER, H. C., RAUCH, S. L., KWONG, K. K., KENNEDY, D. N., SAVAGE, C. R., OLIVARES, M. J. et al. (1996b). Functional magnetic resonance imaging of symptom provocation in obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 53,. 595–606.
BREMNER, J. D., KRYSTAL, J. H., CHARNEY, D. S., & SOUTHWICK, S. (1996). Neural mechanisms in dissociative amnesia for childhood abuse: Relevance to the current controversy surrounding the 'false memory syndrome.' *American Journal of Psychiatry*, 153, 7.
BREMNER, J., SOUTHWICK, S., JOHNSON, D., YEHUDA, R. & CHARNEY, D. (1993). Childhood physical abuse in combat related posttraumatic stress disorder. *American Journal of Psychiatry*, 150, 235–239.
BREWIN, C. R. (1989). Cognitive change processes in psychotherapy. *Psychological Review*, 96, 379–394.
BREWIN, C. R., DALGLEISH, T., & JOSEPH, S. (1996). A dual representation theory of posttraumatic stress disorder. *Psychological Review*, 103, 670–686.
BROMBERG, P. (1998). *Standing in the Spaces: Essays on Clinical Process, Trauma, and Dissociation*. Hillsdale, NJ: Analytic Press.
BROWN, J. W. (1994). Morphogenesis and mental process. *Development and Psychopathology*, 6, 551–563.

BROWNE, I. (1990). Psychological trauma, or unexperienced experience. *ReVision*, 12, 21–34.
BUCHHEIMER, A. (1987). Memory-preverbal and verbal. In T. R. Verny (Ed.), *Pre- and Perinatal Psychology: An Introduction*. New York: Human Sciences Press.
BUSTAN M., COKER A. (1994). Maternal attitude toward pregnancy and the risk of neonatal death, American Journal of Public Health, Vol. 84, No. 3.
CAMRAS, L., GROW, G., & RIBORDY, S. (1983). Recognition of emotional expression by abused children. *Journal of Clinical Child Psychology*, 12, 325–328.1983.
CANTOR-GRAAE, E., McNEIL, T. F., SJOSTROM, K., NORDSTROM, L. G., & ROSENLUND, T. (1994). Obstetric complications and their relationship to other etiological risk factors in schizophrenia. *Journal of Nervous and Mental Disorders*, 182(11), 645–650.
CASTELLINO, R. (1997). *The Caregiver's Role in Birth and Newborn Self-Attachment Needs*. Santa Barbara, CA: Birthing Evolution-Birthing Awareness.
CASTELLINO, R. (2000). The stress matrix: Implications for prenatal and birth therapy. *Journal of Prenatal & Perinatal Psychology and Health*, 15(1), 31–62.
CASTRO-ALAMANCOS, M. A., & CONNORS, B. W. (1996). Short-term plasticity of a thalamo-cortical pathway dynamically modulated by behavioral state. *Science*, 272, 274–276.
CHAMBERLAIN, D. B. (1980/1986). Reliability of birth memories: Evidence from mother and child pairs in hypnosis. *Journal of the American Academy of Medical Hypnoanalysts*, 1(2), 89–98.
CHAMBERLAIN, D. B. (1981). Birth recall in hypnosis. *Birth Psychology Bulletin*, 2(2), 14–18.
CHAMBERLAIN, D. B. (1987). The cognitive newborn: A scientific update. *The British Journal of Psychotherapy*, 40, 30–71.
CHAMBERLAIN, D. B. (1988a). The significance of birth memories. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 2(4), 136–54.
CHAMBERLAIN, D. B. (1988b). *Babies Remember Birth: And Other Extraordinary Scientific Discoveries about the Mind and Personality of your Newborn*. Los Angeles, CA: Tarcher.
CHAMBERLAIN, D. B. (1990). The expanding boundaries of memory. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 4, 171–189.
CHAMBERLAIN, D. B. (1994). The sentient prenate: What every parent should know. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 9(1), 9–31.
CHAMBERLAIN, D. B. (1998), Prenatal receptivity and intelligence. Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health, 12 (3 and 4), 95–117.
CHAMBERLAIN D. B. (1998). *The mind of our newborn baby*, North Atlantic Books, Berkley.
CHAMBERLAIN, D. B. & ARMS, S. (1999). Obstetrics and the prenatal psyche. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 14(1/2), 97–118.Cheek, D. B. (1974). Sequential head and shoulder movements appearing with age regression in hypnosis to birth. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 16(4), 261–266.
CHEEK, D. B. (1986). Prenatal and perinatal imprints: Apparent prenatal consciousness as revealed by hypnosis. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 1, 97–110.
CHEN, A. C., DWORKIN, S. F., & BLOOMQUIST, D. S. (1981). Cortical power spectrum analysis of hypnotic pain control in surgery. *International Journal of Neuroscience*, 13, 127–136.
CHI, J. G., DOOLING, E. C., & GILLES, F. H. (1977). Gyral development of the human brain. *Annals of Neurology*, 1, 86–93.
CHILDS, M. R. (1998). Prenatal language learning. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13(2), 99–121.
CHIRON, C., JAMBAQUE, I., NABBOUT, R., LOUNES, R., SYROTA, A., & DULAC, O. (1997). The right brain hemisphere is dominant in human infants. *Brain*, 120, 1057–1065.

CHU, J. (1998). *Rebuilding Shattered Lives: The Responsible Treatment of Complex Post-traumatic and Dissociative Disorders*. New York: Wiley.
CICCHETTI, D., & TUCKER, D. (1994). Development and self-regulatory structures of the mind. *Development and Psychopathology*, 6, 533–549.
CLEMENTS, M. (1977). Observations on certain aspects of neonatal behavior in response to auditory stimuli. Paper presented to the 5th Internat. Congress of Psychosomatic Obstetrics and Gynecology, Rome.
COHEN, N. J., & EICHENBAUM, H. (1993). *Memory, Amnesia, and the Hippocampal System*. Cambridge, MA: MIT Press.
COLE-DETKE, H., & KOBAK, R. (1996). Attachment processes in eating disorder and depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 282–290.
COLIN, V. L. (1996). *Human Attachment*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
CONDON, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachement:development of a questionnaire intrument, British Jurnal of Medical Psychology, 66(pt2).
CONNELY, K. J., & PRECHTL, H. F. R. (1981). *Maturation and Development: Biological and Psychological Perspectives*. Philadelphia, PA: Lippincott.
CORREIA, I. (1994). *The Impact of Television Stimuli on the Prenatal Infant*. Dissertation, University of New South Wales, Sydney, Australia.
CORNEAU, G. (2007), *Le meilleur de soi*, Editions Robert Laffont, S.A., Paris.
COURCHESNE, E., CHISUM, H., & TOWNSEND, J. (1994). Neural activity-dependent brain changes in development: Implications for psychopathology. *Development and Psychopathology*, 6(4), 697–722.
CRAIK, F. I. M., & LOCKART, R. S. (1972). Levels of processing: a framework for memory research. *Journal of Verbal Learning and Verbal Behavior*, 11, 671–684.
CRAWFORD, H. J. (1994). Brain systems involved in attention and disattention (hypnotic analgesia) to pain. In K. H. Pribram, (Ed.), *Origins: Brain and Self Organization*, 661–679. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
DAVIS, P. J. (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 53, 585–593.
DAVIS, P. J. (1990). Repression and the inaccessibility of affective memories. In J. L. Singer (Ed.), *Repression and Dissociation: Implications for Personality Theory, Psychopathology, and Health*, 387–403. Chicago, IL: University of Chicago Press.
DAVIS, P. J., & SCHWARTZ, G. E. (1987). Repression and the inaccessibility of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 155–163.
DeCasper, A. J., & Fifer, W. P. (1980). Of human bonding: Newborns prefer their mothers' voices. *Science*, 208, 1174–1175.
DeCASPER, A., & SPENCE, M. (1982). Prenatal maternal speech influences human newborn's auditory preferences. *Infant Behavior and Development*, 9, 133–150.
DeCASPER, A. & SPENCE (1986). Prenatal maternal speech influences newborns' perception of speech sounds. *Infant Behavior and Development*, 9, 133–150.
de GROOT, J. M., & RODIN, G. (1994). Eating disorders, female psychology, and the self. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 22(2), 299–317.
DEMATO E. (2004). Prenatal attachment and other correlates of postnatal maternal attachment to twins, *Advances in neonatal care*, vol. 4, pag. 274–291.
DEMB, J. B., DESMOND, J. E., WAGNER, A. D., VAIDYA, C. J., GLOVER, G. H., & GABRIELI, J. D. E. (1995). Semantic encoding and retrieval in the left inferior prefrontal cortex: A functional MRI study of task difficulty and process specificity. *Journal of Neuroscience*, 15, 5870–5878.
DEVINSKY, O. (2000). Right cerebral hemisphere dominance for a sense of corporeal and emotional self. *Epilepsy & Behavior*, 1, 60–73.

de VRIES, J. P. P., VISSER, G. H. A., & PRECHTL, H. F. R. (1985). The emergence of fetal behaviour II: Quantitative aspects. *Early Human Development*, 12, 99–120.

DiPIETRO, J. A., HODGSON, D. M., COSTIGAN, K. A., JOHNSON, T. R. B. (1996). Fetal antecedents of infant temperament. *Child Development*, 67(5), 2568–2583.

DONOVAN, W. L., & LEAVITT, L. A. (1985). Physiological assessment of mother-infant attachment. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 24, 65–70.

DÖRNER, G. (1991). Hormone-dependent brain development and behavior. *International Journal of Prenatal and Perinatal Studies*, 3(3/4), 183–189.

DOWLING, A. L. S., MARTZ, G. U., LEONARD, J. L., & ZOELLER, R. T. (2000). Acute changes in maternal thyroid hormone induce rapid and transient changes in gene expression in fetal rat brain. *Journal of Neuroscience*, 20, 2255–2265.

DOWNEY, G., & COYNE, J. C. (1990). Children of depressed parents: An integrative review. *Psychological Bulletin*, 108, 50–76.

EAGLES, J. M., GIBSON, I., BREMNER, M. H., CLUNIE, F., EBMEIER, K. P., & SMITH, N. C. (1990). Obstetrical complications in DSM-III schizophrenics and their siblings. *Lancet*, 335, 1139–1141.

EICH, E. (1995). Searching for mood dependent memory. *Psychological Science*, 6, 67–75.

EICH, E., MACAULAY, D., LOEWENSTEIN, R. J., & DIHLE, P. H. (1997). Memory, amnesia, and dissociative identity disorder. *Psychological Science*, 8, 417–422.

ELLIS, L., PECKHAM, W., AMES, M. A., & BURKE, D. (1988). Sexual orientation of human offspring may be altered by severe maternal stress during pregnancy. *Journal of Sex Research*, 25(1), 152–157.

EMDE, R., McCARTNEY, R., & HARMON, R. (1971). Neonatal smiling in REM states. IV. Premature study. *Child Development*, 42, 1657–1661.

EMDE, R. N., SWEDBURG, J., & SUZUKI, B. (1975). Human wakefulness and biological rhythms after birth. *Archives of General Psychiatry*, 32, 780–783.

EMERSON, W. (1993). *Treating birth trauma during infancy: Dynamic outcomes*. Petaluma, CA: Emerson Training Seminars.

Emerson, W. R. (1994). *Trauma Impacts*: Audio taped presentations. Seattle 1992, Petaluma 1992, and March 1993. Emerson Training Seminars, (707) 763–7024.

Emerson, W. R. (1996). The vulnerable prenate. *Pre- & Perinatal Psychology Journal*, 10(3), 125–142.

EMERSON, W. R. (2002). Somatotropic therapy. *Journal of Heart-Centered Therapies*, 5(2), 65–90.

FACCHINETTI, E., STORCHI, A. R., PETRAGLIA, F., GARUTI, G., & GENAZZANI, A. R. (1987). Ontogeny of pituitary B-endorphin and related peptides in the human embryo and fetus. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 156(3), 735–739.

FANSELOW, M. S., & LESTER, L. S. (1988). A functional behavioristic approach to aversively motivated behavior: Predatory imminence as a determinant of the topography of defensive behavior. In R. C. Bolles & M. D. Beecher (Eds.), *Evolution and Learning*, 185–212. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

FARRANT, G. (July 1985). Cellular consciousness. Paper presented to the 2nd International Congress on Pre- and Perinatal Psychology, San Diego, CA.

FELDMAN, R., GREENBAUM, C. W., & YIRMIYA, N. (1999). Mother-infant affect synchrony as an antecedent of the emergence of self-control. *Developmental Psychology*, 35, 223–231.

FELDMAR, A. (1979). The embryology of consciousness: What is a normal pregnancy?" In D. Mall & W. Watts (Eds.), *The Psychological Aspects of Abortion*, 15–24. University Publications of America.

FIELD T., (1995).*Touch in early development*, Laerence Erbaum Associates, Mahwah, New Jersey Hove, U.K.

FIVUSH, R., & HAMOND, N. R. (1990). Autobiographical memory across the preschool years: Toward reconceptualizing childhood amnesia. In R. Fivush & J. A. Hudson (Eds.), *Knowing and Remembering in Young Children,* 223–248. Cambridge: Cambridge University Press.

FLETCHER, P. C., FRITH, C. D., GRASBY, P M., SHALLICE, T., FRACKOWIAK, R. S. J., & DOLAN, R. J. (1995). Brain systems for encoding and retrieval of auditory verbal memory: An in vivo study in humans. *Brain*, 118, 401–416.

FONAGY, P., STEELE, H., & STEELE, M. (1991). Maternal representations of attachment during pregnancy predict the organization of infant-mother attachment at one year of age, *Child Development*, 62, 891–905.

FRAIBERG, S. H. (1974). Blind infants and their mothers: An examination of the sign system. In M. Lewis & L. A. Rosenblum (Eds.), *The Effect of the Infant on its Caregiver*. New York: Wiley.

FRAIBERG, S. (1982). Pathological defenses in infancy. *Psychoanalytic Quarterly*, 51, 612–634.

FREYD, J. J. (1996). *Betrayal Trauma: The Logic of Forgetting Childhood Abuse*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

FRYMANN, V. *Birth Trauma: The Most Common Cause of Developmental Delays*. Available online at http://www.osteopathic-ctr-4child.org/birthtrauma.html.

GAINER, M. J. (1993). Somatization of dissociated traumatic memories in a case of reflex sympathetic dystrohy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 36(2), 124–131.

GIVENS, A. M. (1987). The Alice Givens approach to prenatal and birth therapy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 1(3), 223–229.

GOELET, P., & KANDEL, E. R. (1986). Tracking the flow of learned information from membrane receptors to genome. *Trends in Neuroscience*, 9, 492–499.

GOLEMAN, D. (2001). *Inteligenta emoţională*, Editura Curtea Veche, Bucureşti.

GREENWALD, A. G., DRAINE, S. C., & ABRAMS, R. L. (1996). Three cognitive markers of unconscious semantic activation. *Science*, 273, 1699–1702.

GROF, S. (1975). *Realms of human unconscious. Observations from LSD research*, The Viking Press, N.Y.

GROF, S. (2005). *Psihologia viitorului. Lecţii din cercetarea moderna asupra conştiinţei*, Elena Francisc Pub., Bucureşti.

GROF, S. (2006). *When the impossible happens*, Sounds True Inc., Boulders.

HAM, J. T., & KLIMO, J. (2000). Fetal awareness of maternal emotional states during pregnancy. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health,* 15(2), 118–145.

HANSEN, R. D., & HANSEN, C. H. (1988). Repression of emotionally tagged memories: The architecture of less complex emotions. *Journal of Personality and Social Psychology*, 55, 811–818.

HARTMAN, D., ZIMBEROFF, D. (2002). Memory accesess to our earliest influences, *Journal of Heart-Centered Therapies*, Vol. 5, No. 2.

HELLER, W., ETIENNE, M. A., & MILLER, G. A. (1995). Patterns of perceptual asymmetry in depression and anxiety: Implications for neuropsychological models of emotion and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 104, 327–333.

HEPPER, P. G. (1988). Foetal 'soap' addiction. *Lancet*, ii, 1347–1348.

HEPPER, P. G. (1991). An examination of fetal learning before and after birth. *Irish Journal of Psychology*, 12(2), 95–107.

HEPPER, P. G., & SHAHIDULLAH, S. (1994). The beginnings of mind: Evidence from the behaviour of the fetus. Special Issue: Ethics at the beginning of life. *Journal of Reproductive & Infant Psychology*, 12(3), 143–154.

HERPERTZ, S. C., DIETRICH, T. M., WENNING, B., KRINGS, T., ERBERICH, S. G., WILLMES, K., THRON, A., & SASS, H. (15 August, 2001). Evidence of abnormal amygdala functioning in borderline personality disorder: a functional MRI study. *Biological Psychiatry*, 50(4), 292–298.

HILGARD, E. R. (1986). *Divided Consciousness: Multiple Controls in Human Thought and Action*. New York: John Wiley and Sons.

HOAGBERG LIA B., RODE P., (1990). Barriers and motivators to prenatal care among low-income women, *Soc Sci Med.*, 30: 497–495.

HULL, W. F. (1986). Psychological treatment of birth trauma with age regression and its relationship to chemical dependency. *Pre- and Peri-Natal Psychology Journal*, 1, 111–134.

HÜTHER, G., BONNEY H. (2002). *Neues von Zappelphilipp. ADS/ADHS: verstehen, vorbeugen und behandeln*, Walter-Verlag; Auflage.

HÜTHER, G. (2006). *Die Macht der inneren Bilder*, Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

HÜTHER, G., KRENS, I. (2005). *Das Geheimnis der ersten neun Monate. Unsere frühesten Prägungen*, Walter-Verlag; Auflage.

JACOBSON, B., & BYGDEMAN, M. (1998). Birth trauma linked to violent suicide. *British Medical Journal*, 317, 1346–1349.

JANOV, A. (1996). *Why You Get Sick, How You Get Well*. West Hollywood, CA: Dove Books.

JOHNSON, C. N., & WELLMAN, H. M. (1980). Children's developing understanding of mental verbs: Remember, know, and guess. *Child Development*, 51, 1095–1102.

KALIVAS, P. W., & KUFFY, P. (1989). Similar effects of cocaine and stress on mesocorticolimbic dopamine neurotransmission in the rat. *Biological Psychiatry*, 25, 913–928.

KANDEL, E. R. (1989). Genes, nerve cells and remembrance of things past. *Journal of Neuropsychiatry and Clinical Neurosciences*, 1, 103–125.

KANDEL, E. R., & SCHWARTZ, J. H. (1982). Molecular biology of an elementary form of learning: Modulation of transmitter release by cyclic AMP. *Science*, 218, 433–443.

KAPUR, S., CRAIK, F. I. M., TULVING, E., WILSON, A. A., HOULE, S., & BROWN, G. M. (1994). Neuroanatomical correlates of encoding in episodic memory: Levels of processing effect. *Proceedings of the National Academy of Sciences USA*, 91, 2008–2011.

KAREN, R. (1990). Becaming attachet, *The Atlantic Monthly*.

KELKAR, G. S. (2002). A prenatal project in India. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16(4), 331–339.

KIM, J., & FANSLOW, M. (1992). Modality specific retrograde amnesia of fear. *Science*, 256, 675–677.

KINNEY, D. K., LEVY, D. L., YURGELUN-TODD, D. A., MEDOFF, D., LAJONCHERE, C. M., & RADFORD-PAREGOL, M. (1994). Season of birth and obstetrical complications in schizophrenics. *Journal of Psychiatric Research*, 28(6), 499–509.

KINNEY, D. K., YURGELUN-TODD, D. A., TOHEN, M., & TRAMER, S. (1 September, 1998). Pre- and perinatal complications and risk for bipolar disorder: a retrospective study. *Journal of Affective Disorders*, 50(2–3), 117–124.

KLAUS, M. H., KENNELL, J. H., & KLAUS, P. H. (1995). *Bonding: Building the Foundations of Secure Attachment and Independence*. Reading, MA: Addison-Wesley Publishing Company.

KLAUS, M. H., & KLAUS, P. (1998). *Your Amazing Newborn*. Reading, MA: Addison-Wesley.

KRENS, I., KRENS, H. (2006). *Risikofaktor Mutterleib*, Vandenhoeck & Ruprecht; Auflage: Neuaufl.

LAIBOW, R. (1999). Medical applications of neurofeedback. In J. R. Evans & A. Abarbanel (Eds.), *Quantitative EEG and Neurofeedback*. San Diego, CA: Academic Press.

LAKE, F. (1980). *Constricted Confusion*. Oxford: Clinical Theology Association.
LAKE, F. (1982). *With Respect: A Doctor's Response to a Healing Pope*. London: Darton, Longman & Todd, Ltd.
LANDAUER, T. K. (1975). Memory without organization: Properties of a model with random storage and undirected retrieval. *Cognitive Psychology*, 7, 495–531.
LeDOUX, J. E. (1992). Emotion as memory: Anatomical systems underlying indelible neural traces. In S. A. Christianson (Ed.), *The Handbook of Emotion and Memory: Research and Theory*, 269–288. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
LeDOUX, J. E. (1995). Emotion: Clues from the brain. *Annual Review of Psychology*, 46, 209–235.
LeDOUX, J. E., ROMANSKI, L., & XAGORARIS, A. (1989). Indelibility of subcortical emotional memories. *Journal of Cognitive Neuroscience*, 1, 238–243.
LEVINE, P. (1991). The body as healer: A revisioning of trauma and anxiety. *Somatics Magazine*, 8(1), 18–27.
LEWICKI, P., HILL, T., & CZYZEWSKA, M. (1992). Nonconscious acquisition of information. *American Psychologist*, 47(6), 796–801.
LEWIS, J. M. (2000). Repairing the bond in important relationships: A dynamic for personality maturation. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1375–1378.
LEWIS, S. W., & MURRAY, R. M. (1987). Obstetric complications, neuro-developmental deviance and risk of schizophrenia. *Journal of Psychiatric Research*, 21, 413–421.
LIEBERMAN, A. F., & PAWL, J. H. (1988). Clinical applications of attachment theory. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical Applications of Attachment*, 327–351. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
LIEBERMAN, M. (1963). Early developmental stress and later behavior. *Science*, 141, 824.
LIPTON, B. H. (1998). Nature, nurture and the power of love, *Journal of prenatal and perinatal psychology and health*, 13.
LIPTON, B. H. (2001). Nature, nurture and human development. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16(2), 167–180.
LIPTON, B. H. (2007).*The bilogy of belief*, Santa Rosa, C.A.: Mountain of love, Elite Books.
LOCKHART, I. A. (2001). A memory model of presymbolic unconscious mentation. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 62(1–B), 577.
LONDON, P., HART, J. T., & LEIBOVITZ, M. P. (1969). EEG alpha rhythms and susceptibility to hypnosis. *Nature*, 219, 71–72.
MAHLER, M., GOSLIER, B. (1955). On symbiotic child psychosis, *Psychanalitic study of the child*, 10: 195–212.
MAIN, M., & MORGAN, H. (1996). Disorganization and disorientation in infant strange situation behavior: Phenotypic resemblance to dissociative states. In L. K. Michaelson & W. J. Ray (Eds.), *Handbook of Dissociation: Theoretical, Empirical, and Clinical Perspectives*, 107–138. New York: Plenum Press.
MARQUEZ, A. (2000). Healing through prenatal and perinatal memory recall: A phenomenological investigation. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 15(2), 146–172.
MARTINO, B. (2002). *Bebeluşul este o persoană*, Editura Humanitas, Bucureşti.
MATHISON, L. A. (Oct. 1981). Does your child remember? *Mothering*, 103–107.
McCARTY, W. A. (2002). The power of beliefs: What babies are teaching us. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16(4), 341–360.
McPHERSON, G. E. (2006). *The child as musician*, Oxford Press, England
McNALLY, R. J., KASPI, S. P., RIEMANN, B. C., & ZEITLIN, S. B. (1990). Selective processing of threat cues in posttraumatic stress disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 398–402.

MEARES, R. (1999). The 'adualistic' representation of trauma: On malignant internalization. *American Journal of Psychotherapy*, 53(3), 392–402.
MEHLER, J., & CHRISTOPHE, A. (1995). Maturation and learning of language in the first year of life. In M. S. Gazzaniga (Editor-in-Chief) & S. Pinker (Language Section Ed.), *The Cognitive Neurosciences*, 943–954. Cambridge, MA: The MIT Press.
MEHLER, J., & DUPOUX, E. (1994). *What Infants Know: The New Cognitive Science of Early Development* (P. Southgate, Trans.). Cambridge, MA: Blackwell.
MELTZOFF, A. N. (1988). Infant imitation and memory: Nine-months-olds in immediate and deferred tests. *Child Development*, 59, 217–225.
MENDIZZA, M. *Lifelong Patterns: Fear or Wholeness?* Michael Mendizza Interviews Barbara Findeisen. Available at http://www.birthpsychology.com/lifebefore/early6.html.
MERCER J., SARNER L AND ROSA L. (2003). *Attachment Therapy on Trial: The Torture and Death of Candace Newmaker.* Westport, CT: Praeger, 98–103.
MIKULINCER, M., & ORBACH, I. (1995). Attachment styles and repressive-defensiveness: The accessibility and architecture of affective memories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 917–925.
MISHKIN, M., SUZUKI, W. A., GADIAN, D. G., & VARGHA-KHADEM, F. (1997). Hierarchical organization of cognitive memory. *Philosophical Transactions of the Royal Society of London. B.*, 352, 1461–1467.
MITROFAN, I., STOICA D. (2005). *Analiza trasgeneraţională în terapia unificării*, Editura SPER, Bucureşti.
MITROFAN, I. (2004). *Terapia unificării*, Editura SPER, Bucureşti.
MONTAGU, A. (1962). *Prenatal influences*. Springfield, IL: Charles Thomas.
MOSCOVITCH, M. (1995a). Models of consciousness and memory. In M. S. Gazzaniga (Ed.), *The Cognitive Neurosciences*, 1341–1356. Cambridge, MA: MIT Press.
MOSCOVITCH, M. (1995b). Recovered consciousness: A hypothesis concerning modularity and episodic memory. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, 17, 276–291.
MYERS, N. A., CLIFTON, R. K., & CLARKSON, M. G. (1987). When they were very young: Almost threes remember two years ago. *Infant Behavior and Development*, 10, 123–132.
MULLER M. E. (1993). Development of the prenatal attachement inventory, *West Jurnal Nurs Res.*; 15.
MUNTEANU, A. (2002). Orizontul mirific al psihicului prenatal. *Revista de psihologie aplicată*, nr. 4.
MUNTEANU, A. (2003). Responsabilităţile cuplului din perspectiva psihologiei prenatale, *Revista de psihologie*, nr. 2.
NASH, M. R., JOHNSON, L. S., & TIPTON, R. D. (1979). Hypnotic age regression and the occurrence of transitional object relationships. *Journal of Abnormal Psychology*, 88, 547–555.
NATHANSON, D. L. (1987). A timetable for shame. In D. L. Nathanson (Ed.), *The Many Faces of Shame*, 1–63. New York: Guilford.
NELSON, C. A. (1995). The ontogeny of human memory: A cognitive neuroscience perspective. *Developmental Psychology*, 31, 723–738.
NELSON, C. A., & CARVER, L. J. (1998). The effects of stress and trauma on brain and memory: A view from developmental cognitive neuroscience. *Development and Psychopathology*, 10, 793–809.
NIJENHUIS, E. R. S., PRECHTL, H. F. R., MARTIN, C. B., & BOTS, R. S. G. M. (1982). Are there behavioural states in the human fetus? *Early Human Development*, 6, 177–195.
NIJENHUIS, E. R. S., SPINHOVEN, P., VANDERLINDEN, J., van DYCK, R., & van der HART, O. (1998). Somatoform dissociative symptoms as related to animal defensive reactions to predatory immenence and injury. *Journal of Abnormal Psychology*, 107(1), 63–73.

O'CALLAGHAN, E., LARKIN, C. & WADDINGTON, J. L., (1990). Obstetric complications in schizophrenia and the validity of maternal recall. *Psychological Medicine*, 20, 89–94.

ODENT, M. (1984). *Birth Reborn*. New York: Pantheon Books.

ODENT, M. (2009). *Cezariana.* Elena Francisc Publishing, Bucureşti.

OGAWA, J. R., SROUFE, L. A., WEINFIELD, N. S., CARLSON, E. A., & EGELAND, B. (1997). Development and the fragmented self: Longitudinal study of dissociative symptomatology in a nonclinical sample. *Development and Psychopathology*, 9, 855–879.

OTAKE, T., HATANO, G., CUTLER, A., & MEHLER, J. (1993). More or syllable? Speech segmentation in Japanese. *Journal of Memory and Language*, 32, 258–278.

PANNETON, R. K. (1985). Prenatal Auditory Experience with Melodies: Effect on Post-Natal Auditory Preferences in Human Newborns. Dissertation, University of North Carolina, Greensboro.

PAPOUSEK, H. (1969). Individual variability in learned responses in human infants. In R. J. Robinson (Ed.), *Brain and Early Behavior*, 251–266. London: Academic Press.

PARNAS, J., SCHULSINGER, F., TEASDALE, T. W., SCHULSINGER, H., FELDMAN, P. M., & MEDNICK, S. A. (1982). Perinatal complications and clinical outcome within the schizophrenia spectrum. *British Journal of Psychiatry*, 140, 416–420.

PATRICK, J., CAMPBELL, K., CARMICHAEL, L., NATALE, R., & RICHARDSON, B. (1980). Patterns of human fetal breathing during the last 10 weeks of pregnancy. *Obstetrics and Gynecology*, 56, 24–30.

PATRICK, M., HOBSON, R., CASTLE, D., HOWARD, R., & MAUGHN, B. (1994). Personality disorder and mental representation of early social experience. *Development and Psychopathology*, 6, 375–388.

PERRY, B. D. (1988). Placental and blood element neurotransmitter receptor regulation in humans: potential models for studying neurochemical mechanisms underlying behavioral teratology. *Progress in Brain Research*, 73, 189–206.

PERRY, B. D. (1994). Neurobiological sequelae of childhood trauma: Post-traumatic stress disorders in children. In M. Murberg (Ed.), *Catecholamines in Post-traumatic Stress Disorder: Emerging Concepts*, 253–276. Washington, DC: American Psychiatric Press.

PERRY, B. D. (1995). Neurodevelopmental aspects of childhood anxiety disorders: Neurobiological responses to threat. In C. E. Coffey & R. A. Brumback, (Eds.). *Textbook of Pediatric Neuropsychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

PERRY, B. D. (1997). Incubated in terror: Neurodevelopmental factors in the cycle of violence In J. Osofsky (Ed.), *Children, Youth and Violence: The Search for Solutions*. New York: Guilford Press.

PERRY, B. D., POLLARD, R., BLAKELY, T., BAKER, W., VIGILANTE, D. (1995). Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and 'use-dependent' development of the brain: how states become traits. *Infant Mental Health Journal*, 16(4), 271–291.

PERRY, B. D., SOUTHWICK, S., AND GILLER, E. (1990). Adrenergic receptor regulation in post-traumatic stress disorders. In E. Giller, (Ed.). *Advances in Psychiatry: Biological Assessment and Treatment of Post-traumatic Stress Disorder*. Washington, DC: American Psychiatric Press.

PERT, C. (1987). Neuropeptides, the emotions and bodymind. In J. Spong (Ed.), *Proceedings of the Symposium on Consciousness and Survival*, 79–89. Institute of Noetic Sciences.

PERT, C. (1999). *Molecules of Emotion*. Touchstone, Rockefeller Center, New York.

PERT, C. B., DREHER, H. E., & RUFF, M. R. (July 1998). The psychosomatic network: Foundations of mind-body medicine. *Alternative Therapy Health Medicine*, 4(4), 30–41.

PERT, C., RUFF, M., WEBER, R. J., & HERKENHAM, M. (1985). Neuropeptides and their receptors: A psychosomatic network. *Journal of Immunology*, 135(2), Supplement, 820–826.

PHILLIPS, M. (1993). The use of ego-state therapy in the treatment of posttraumatic stress disorder. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 35(4), 241–249.

PHILLIPS, M. (1995). Our bodies, our selves: Treating the somatic expressions of trauma with ego-state therapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 38(2), 109–121.

PIONTELLI, A. (1992). *From Fetus to Child*. London: Routledge.

POLLOCK, P. H. & PERCY, A. (1999b). Maternal antenatal attachment style and potential fetal abuse. *Child Abuse & Neglect*, 23, 1345–1357.

POST, R. M., WEISS, S. R. B., LI, H., SMITH, M. A., ZHANG, L. X., XING, G., et al. (1998). Neural plasticity and emotional memory. *Development and Psychopathology*, 4(10), 829–855.

POUND, A. (1982). Attachment and maternal depression. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*, 118–130. New York: Basic Books.

PRECHTL, H. F. R. (1988). Developmental neurology of the fetus. *Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 2, 21–36.

PURPURA, D. P. (1975). Normal and aberrant neuronal development in the cerebral cortex of human fetus and young infant. In M. A. G. Brazier, & N. A. Buchwald (Eds.), *Basic Mechanisms in Mental Retardation*, 141–169. New York: Academic Press.

PUTNAM, F. W. (1997). *Dissociation in Children and Adolescents: A Developmental Perspective*. New York: Guilford Press.

RADER P., DUNCAN S. (2003). *Studies in the assessement of parenting*, Brunner-Routledge, Psychology Press.

RAIKOV, V. L. (1980). Age regression to infancy by adult subjects in deep hypnosis. *The American Journal of Clinical Hypnosis*, 22(3), 156–163.

RAUCH, S. L., van der KOLK, B. A., FISLER, R. E., ALPERT, N. M., ORR, S. P., SAVAGE, C. R., FISCHMAN, A. J., JENIKE, M. A., & PITMAN, R. K. (1996). A symptom provocation study of posttraumatic stress disorder using positron emission tomography and script-driven imagery. *Archives of General Psychiatry*, 53, 380–387.

RIGHARD, L., & ALADE, M. (1990). Effect of delivery room routines on success of first breast feed. *Lancet*, 336, 1105–1107.

RIGHARD, L., & FRANZ, K. (1995). *Delivery Self Attachment* (Video). Sunland, CA: Geddes Productions.

RIZZOLATTI, G., & ARBIB, M. (1998). Language within our grasp. *Trends in Neuroscience*, 21, 188–194.

ROBBINS, J. (2000). *A Symphony in the Brain*. New York: Atlantic Monthly Press.

ROBINSON, J. L., & BIRINGEN, Z. (1995). Gender and emerging autonomy in development. *Psychoanalytic Inquiry*.

ROBINSON, J. L., LITTLE, C., & BIRINGEN, Z. (1993). Emotional communication in mother-toddler relationships: Evidence for early gender differentiation. *Merrill-Palmer Quarterly*, 39, 496–517.

ROBSON, K. S. (1967). The role of eye-to-eye contact in maternal-infant attachment. *Journal of Child Psychology and Child Psychiatry and Allied Disciplines*, 8, 13–25.

ROFFWARG, H. A., MUZIO, J. N., & DEMENT, W. C. (1966). Ontogenetic development of the human sleepdream cycle. *Science*, 152, 604–619.

ROSENSTEIN, D., & HOROWITZ, H. (1996). Adolescent attachment and psychopathology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(2), 244–253.

ROSSI, E. L. (1986). *The Psychobiology of Mind-Body Healing: New Concepts of Therapeutic Hypnosis*. New York: W. W. Norton.

ROSSI, E. L., & CHEEK, D. B. (1988). *Mind-Body Therapy: Ideodynamic Healing in Hypnosis*. New York: W. W. Norton.

ROVEE-COLLIER, C. (1997). Dissociations in infant memory: Rethinking the development of implicit and explicit memory. *Psychological-Review*, 104(3), 467–498.
ROVEE-COLLIER, C. and HAYNE, H. (2001), Memory in infancy and early childhood. In E. Tulving & F. Craik (Eds.), *Oxford Handbook of Memory*, 267–312. New York: Oxford University Press.
SALLENBACH, W. B. (1998). Claira: A case study in prenatal learning. *Journal of Pre-and perinatal Psychology and Health*, 12(3–4), 175–196.
SALISBURY AMY, LAW KAREN, LAGASSE LYN, LESTER BARRY, Maternal-fetal attachment, *Jurnal of American Medical Association*, 2003; 13.
SATT, B. J. (1984). *An Investigation into the Acoustical Induction of Intrauterine Learning*. Dissertation, California School of Professional Psychology, Los Angeles.
SCHAAL, B., ORGEUR, P., & ROGNON, C. (1995). Odor sensing in the human fetus: Anatomical, functional, and chemeoecological bases. In J. P. Lecanuet, W. P. Fifer, N. A. Krasnegor, & W. P. Smotherman (Eds.), *Fetal Development: A Psychobiological Perspective*, 205–237. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
SCHACTER, D. L., & WAGNER, A. D. (1999). Medial temporal lobe activations in fMRI and PET studies of episodic encoding and retrieval. *Hippocampus*, 9, 7–24.
SCHARE A., (1994). *Affect regulation and the origin of self*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillslade, New Jersey.
SCHORE, A. N. (1997). Early organization of the nonlinear right brain and development of a predisposition to psychiatric disorders. *Development and Psychopathology*, 9, 595–631.
SCHORE, A. N. (1999). The right brain, the right mind, and psychoanalysis. Invited Commentary. *Neuro-Psychoanalysis*, 1(1).
SCHORE, A. N. (2002). The neurobiology of attachment and early personality organization. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 16(3), 249–263.
SENN E. J. M. (1953). *Problems of infancy and childhood: Transactions of the sixth conferences*, New York, Josiah Macy Fundation.
SHAHIDULLAH, S., & HEPPER, P. G. (1992). Hearing in the fetus: Prenatal detection of deafness. *International Journal of Prenatal and Perinatal* Studies, 4(3/4), 235–240.
SHANE, M., SHANE, E., & GALES, M. (1997). *Intimate Attachment: Toward a New Self Psychology*. New York: Guilford Press.
SHANNAHOFF-KHALSA, D. (1991). Lateralized rhythms of the central and autonomic nervous system. *International Journal of Psychophysiology*, 11, 222–251.
SIDDIGUI A., HÄGGLÖF B., (2000). Does maternal prenatal attachment predict postnatal mother-infant interaction?, *Early Human Development*, 59(I), pag. 13–25.
SQUIRE, L. R. (1992). Memory and the hippocampus: A synthesis from findings with rats, monkeys, and humans. *Psychological Review*, 99(2), 195–231.
SROUFE, L. A. (1996). *Emotional Development: The Organization of Emotional Life in the Early Years*. New York: Cambridge University Press.
SZATMARI, P., REITSMA-STREET, M., & OFFORD, D. R. (1986). Pregnancy and birth complications in antisocial adolescents and their siblings. *Canadian Journal of Psychiatry*, 31, 513–516.
TERR, L. C. (1991). Childhood traumas: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10–20.
TRONICK, E. Z., & GIANINO, A. (1986). Interactive mismatch and repair: Challenge to the coping infant. *Zero to Three: Bulletin of the National Center for Clinical Infant Programs*, 5, 1–6.
TROWELL, J. (1982). Effects of obstetric management on the mother/child relationship. In C. M. Parkes & J. Stevenson-Hinde (Eds.), *The Place of Attachment in Human Behavior*, 79–94. New York: Basic Books.

TRUBY, H. M. (1975). Prenatal and neonatal speech, pre-speech, and an infantile speech lexicon. *Child Language 1975*, a special issue of WORD, 27, parts 1–3.
TULVING, E. (1983). *Elements of Episodic Memory*. Oxford: Clarendon Press.
TULVING, E. (1985). Memory and consciousness. *Canadian Journal of Psychology*, 25, 1–12.
TURNER, J. R. G. (1988). Birth, life and more life: Reactive patterning based on prebirth events. In P. G. Fedor-Freybergh & M. L. V. Vogel (Eds.), *Prenatal and Perinatal Psychology and Medicine: Encounter with the Unborn*, 309–316. Carnforth, England: Parthenon Publishing Group.
TURNER, J. R. G., & TURNER, T. (1993). Prebirth memory therapy including prematurely delivered patients. *Pre- and Perinatal Psychology Journal*, 7(4).
TURRIFF-JONASSON, S. I. (2004). Use of prenatal testing, emotional attachment to the fetus and fetal health locus of control. Text available at http://library2.usask.ca/theses/available/etd-08232004-70804/unrestricted/TurriffJonassonThesis.pdf.
USHER, J. A., & NEISSER, U. (1993). Childhood amnesia and the beginnings of memory for four early life events. *Journal of Experimental Psychology: General*, 122, 155–165.
van den BERGH, B. R. H. (1992). Maternal emotions during pregnancy and fetal and neonatal behaviour. In J. G. Nijhuis (Ed.), *Fetal Behaviour*, 157–178. Oxford, England: Oxford University Press.
van der HART, O., & NIJENHUIS, E. (2001). Generalized dissociative amnesia: Episodic, semantic and procedural memories lost and found. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35(5), 589–600.
van der KOLK, B. A. (1996). The body keeps the score. In B. A. van der Kolk, A. C.
McFARLANE, & L. WEISAETH (Eds.), *Traumatic Stress: The Effects of Overwhelming Experience on Mind, Body and Society*. New York: The Guilford Press.
van der KOLK, B. A. (Autumn 1997). Presentation at the 8th annual ATTACh conference in Omaha, Nebraska. Text available at http://www.attachmentcenter.org/main.htm.
van der KOLK, B. A., & FISLER, R. (1995). Dissociation and the fragmentary nature of traumatic memories: Overview and exploratory study. *Journal of Traumatic Stress*, 8, 505–525.
van der KOLK, B. & GREENBERG, M. S. (1987). The psychobiology of the trauma response: Hyperarousal, constriction, and addiction to traumatic reexposure. In B. A. van der Kolk (Ed.), *Psychological Trauma*, 63–88. Washington, DC: American Psychiatric Press.
van der KOLK, B. A., & van der HART, O. (1991). The intrusive past: The flexibility of memory and the engraving of trauma. *American Imago*, 48, 425–454.
VAUGHN, H. G. (1975). Electrophysiological analysis of regional cortical maturation. *Biological Psychiatry*, 10, 313–326.
VERNY, T. R., KELLY J. (2006). *The secret life of the unborn child*, Time Warner Books.
VERNY, T. R., WEINTRAUB, P. (2002). *Tomorrow's Baby: The Art and Science of Parenting from Conception through Infancy*. New York: Simon & Schuster.
VLIEGEN, N. (2009). A multi-perspective on emotional availability in the postpartum period, *Parenting: science and practice*, vol. 9, 228–243.
WADE, J. (1996). *Changes of Mind*. Albany, NY: State University of New York Press.
WADE, J. (1998). Two voices from the womb: Evidence for physically transcendent and a cellular source of fetal consciousness. *Journal of Prenatal and Perinatal Psychology and Health*, 13(2), 123–147.
WALTON, G. E., BOWER, N. J. A., & BOWER, T. G. R. (1992). Recognition of familiar faces by newborns. *Infant Behavior and Development*, 15, 265–269.
WARREN, S. L., HUSTON, L., EGELAND, B., & SROUFE, A. (1997). Child and adolescent anxiety disorders and early attachment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(5), 637–644.

WATANBE, A., KASAI, K., NAGAKUBO, S., KAMIO, S., MURAKAMI, T., HATA, A., IWANAMI, A., NAKAGOME, K., FUKUDA, M., & KATO, N. (2002). Verbal and procedural memory in schizophrenia with milder symptoms: Implications for psychosocial intervention. *Schizophrenia Research*, 53(3), 263–265.
WHEELER, M. A., STUSS, D. T., & TULVING, E. (1997). Toward a theory of episodic memory: The frontal lobes and autonoetic consciousness. *Psychological Bulletin*, 121, 331–354.
WHITE, S. H., & PILLEMER, D. B. (1979). Childhood amnesia and the development of a socially accessible memory system. In J. F. Kihlstrom & F. J. Evans (Eds.), *Functional Disorders of Memory*, 29–74. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
WILBUR, K. (2000). *Integral Psychology: Consciousness, Spirit, Psychology and Therapy*. Boston, MA: Shambhala.
WILSON, M., & McNAUGHTON, B. (1998). Memory building. *The Economist*, 29 August.
WINNICOTT, D. W. (2005). *De la pediatrie la psihanaliza*, Editura Trei, Bucureşti.
WINNICOTT, D. W. (2004). *Procese de maturizare*, Editura Trei, Bucureşti.
WOERNER, M. G., POLLACK, M. U., & KLEIN, D. F. (1973). Pregnancy and birth complications in psychiatric patients: A comparison of schizophrenic and personality disorder patients with their siblings. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 49, 712–721.
WOLF, N. S., GALES, M., SHANE, E., & SHANE, M. (2000). Mirror neurons, procedural learning, and the positive new experience: A developmental systems self psychology approach. *Journal of the American Academy of Psychoanalysis*, 28(3), 409–430.
WOODWARD, S. C. (1992). *The Transmission of Music into the Human Uterus and the Response to Music of the Human Fetus and Neonate*. Dissertation, University of Capetown, South Africa.
WOODY, C. D. (1986). Understanding the cellular basis of memory and learning. *Annual Review of Psychology*, 37, 433–493.
ZAHN-WAXLER, C., & RADKE-YARROW, M. (1990). The origins of empathic concern. *Motivation and Emotion*, 14, 107–130.
ZIMBEROFF, D., HARTMAN, D. (1999). Breathwork: Exploring the Frontier of 'Being' and 'Doing', *Journal of Heart-Centered Therapies*, 2(2), 3–52.
ZURAVIN S. J. (1991). Unplanned childbearing and family size: their relationship to child neglect and abuse, *Family Planning Perspectives*, Vol. 23.

DSM-IV-R
ICD-10
www.wikipedia.org
www.birthpsychology.com
www.wombecology.com
www.birthworks.org

Anexă 1

SCALA DE ATAŞAMENT PRENATAL

Aceste întrebări sunt în legătură cu gândurile şi emoţiile pe care le aveţi în legătură cu copilul dumneavoastră. Vă rugăm să bifaţi un singur răspuns din cele care vi se potriveşte dumneavoastră.

1. In ultimele două săptămâni m-am gândit sau am fost preocupată în legătură cu copilul din interiorul meu:

- [ ] În majoritatea timpului
- [ ] Foarte frecvent
- [ ] Frecvent
- [ ] Ocazional
- [ ] Deloc

2. În ultimele două săptămâni când am vorbit despre copil copilul din interiorul meu sau m-am gândit la acesta, m-am simţit emoţionată:

- [ ] Foarte puţin sau deloc
- [ ] Foarte puţin
- [ ] Între puternic şi slab
- [ ] Puternic
- [ ] Foarte puternic

3. În ultimele săptămâni sentimentele mele în legătură cu copilul din interiorul meu au fost:

- [ ] Foarte pozitive
- [ ] Mai degrabă pozitive

☐ Atât pozitive si negative

☐ Mai degrabă negative

☐ Foarte negative

4. <u>În ultimele două săptămâni</u> am avut dorința de a citi sau de a obține informații despre copilul care se dezvolta. Aceasta dorință s-a manifestat:

☐ Foarte puțin sau deloc

☐ Puțin

☐ Nici mult, nici puțin

☐ Mult

☐ Foarte mult

5. <u>În ultimele două săptămâni</u> încerc sa-mi imaginez cum arată acest copil în uter:

☐ În majoritatea timpului

☐ Foarte frecvent

☐ Frecvent

☐ Ocazional

☐ Deloc

6. <u>În ultimele două săptămâni</u> mă gândesc la copilul care se dezvoltă în mine ca la:

☐ O mică persoană cu caracteristici speciale

☐ Un copil ca oricare altul

☐ O ființă umană

☐ Ceva viu

☐ Ceva care încă nu a prins viață

7. <u>În ultimele două săptămâni</u> am simțit că buna dispoziție a copilului din interiorul meu depinde de mine într-o măsura:

☐ Totală

☐ Destul de mare

☐ Moderată

☐ Mică

☐ Deloc

8. În ultimele două săptămâni m-am surprins vorbind cu copilul meu atunci când sunt singură:

☐ Deloc

☐ Ocazional

☐ Frecvent

☐ Foarte frecvent

☐ Aproape tot timpul când sunt singură

9. În ultimele două săptămâni când mă gândesc (sau vorbesc) cu copilul din interiorul meu, gândurile mele:

☐ Întotdeauna exprimă afecţiune si iubire

☐ De obicei exprimă afecţiune si iubire

☐ O îmbinare între afecţiune şi iritare

☐ Exprimă un pic de iritare

☐ Conţin multă iritare

10. Imaginea pe care o am în minte despre cum arată copilul la acest stadiu în uter este:

☐ Foarte clară

☐ Clară

☐ Vagă

☐ Foarte vagă

☐ Nu am nici o idee

11. În ultimele săptămâni când mă gândesc la copil din interiorul meu mă simt:

☐ Foarte tristă

- [ ] Uşor tristă
- [ ] O îmbinare între tristeţe şi bucurie
- [ ] Bucuroasă
- [ ] Foarte bucuroasă

12. Unele femei însărcinate uneori devin iritate de copilul din interior, încât vor sa-i facă un rău sau să-l pedepsească:

- [ ] Nu-mi pot imagina ca aş putea simţi vreodată asta
- [ ] Mi-aş putea imagina că aş putea simţi asta, însă nu am simţit în mod real
- [ ] Am simţit chiar şi eu odată sau de două ori
- [ ] Ocazional am simţit şi eu asta
- [ ] Deseori am simţit şi eu la fel

13. În ultimele două săptămâni m-am simţit:

- [ ] Foarte distantă emoţional de copil
- [ ] Uşor distantă emoţional de copil
- [ ] Nu neapărat emoţional apropiată de copil
- [ ] Apropiată emoţional de copil
- [ ] Foarte apropiată emoţional de copil

14. În ultimele două săptămâni au fost momente când am avut grijă ce mănânc pentru a mă asigura că acest copil din interiorul meu are la rândul său o alimentaţie sănătoasa:

- [ ] Deloc
- [ ] Odată sau de doua ori când am mâncat
- [ ] Ocazional când mănânc
- [ ] Destul de des când mănânc
- [ ] Întotdeauna când mănânc

15. Când îmi voi vedea prima oară copilul după naştere mă aştept sa simt:

- [ ] Multă afecţiune
- [ ] Afecţiune
- [ ] Neplăcere faţă de una sau două aspecte ale copilului
- [ ] Neplăcere faţă de unele aspecte ale copilului
- [ ] Multă neplăcere

16. După ce copilul se naşte mi-aş dori să-l ţin în braţe:

- [ ] Imediat
- [ ] După ce a fost învelit în scutece
- [ ] După ce a fost spălat
- [ ] După câteva ore pentru ca lucrurile sa se aşeze
- [ ] Următoarea zi

17. În ultimele două săptămâni am avut vise în legătură cu sarcina sau cu copilul:

- [ ] Deloc
- [ ] Ocazional
- [ ] Frecvent
- [ ] Foarte frecvent
- [ ] Aproape în fiecare noapte

18. În ultimele două săptămâni m-am surprins simţind sau mângâind partea exterioară a burţii unde stă copilul:

- [ ] De multe ori pe zi
- [ ] Cel puţin odată pe zi
- [ ] Ocazional
- [ ] O dată
- [ ] Deloc

19. Dacă as fi pierdut sarcina acum (datorită unui avort spontan sau unui eveniment accidental) însă fără a fi simţit durere sau a avea vreo leziune, m-aă fi aşteptat sa mă fi simţit:

- [ ] Bine
- [ ] Moderat bine
- [ ] Neutru (nici trist nici plăcut; sau ambele îmbinate)
- [ ] Moderat tristă
- [ ] Foarte tristă

Anexa 2

MATERNAL ANTENATAL ATTACHMENT SCALE

These questions are about your thoughts and feelings about the developing baby. Please tick one box only in answer to each question.

1. Over the past two weeks I have thought about, or been preoccupied with the baby inside me:

- [ ] Almost all the time
- [ ] Very frequently
- [ ] Frequently
- [ ] Occasionally
- [ ] Not at all

2. Over the past two weeks when I have spoken about, or thought about the baby inside me I got emotional feelings which were:

- [ ] Very weak or non-existent
- [ ] Fairly weak
- [ ] In between strong and weak
- [ ] Fairly strong
- [ ] Very strong

3. Over the past two weeks my feelings about the baby inside me have been:

- [ ] Very positive
- [ ] Mainly positive

Mixed positive and negative

Mainly negative

Very negative

4. Over the past two weeks I have had the desire to read about or get information about the developing baby. This desire is:

Very weak or non-existent

Fairly weak

Neither strong nor weak

Moderately strong

Very strong

5. Over the past two weeks I have been trying to picture in my mind what the developing baby actually looks like in my womb:

Almost all the time

Very frequently

Frequently

Occasionally

Not at all

6. Over the past two weeks I think of the developing baby mostly as:

A real little person with special characteristics

A baby like any other baby

A human being

A living thing

A thing not yet really alive

7. Over the past two weeks I have felt that the baby inside me is dependent on me for its well-being:

Totally

A great deal

Moderately

Slightly

Not at all

8. Over the past two weeks I have found myself talking to my baby when I am alone

Not at all

Occasionally

Frequently

Very frequently

Almost all the time I am alone

9. Over the past two weeks when I think about (or talk to) my baby inside me, my thoughts:

Are always tender and loving

Are mostly tender and loving

Are a mixture of both tenderness and irritation

Contain a fair bit of irritation

Contain a lot of irritation

10. The picture in my mind of what the baby at this stage actually looks like inside the womb is:

Very clear

Fairly clear

Fairly vague

Very vague

I have no idea at all

11. Over the past two weeks when I think about the baby inside me I get feelings which are:

Very sad

☐ Moderately sad

☐ A mixture of happiness and sadness

☐ Moderately happy

☐ Very happy

12. Some pregnant women sometimes get so irritated by the baby inside them that they feel like they want to hurt it or punish it:

☐ I couldn't imagine I would ever feel like this

☐ I could imagine I might sometimes feel like this, but I never actually have

☐ I have felt like this once or twice myself

☐ I have occasionally felt like this myself

☐ I have often felt like this myself

13. Over the past two weeks I have felt:

☐ Very emotionally distant from my baby

☐ Moderately emotionally distant from my baby

☐ Not particularly emotionally close to my baby

☐ Moderately close emotionally to my baby

☐ Very close emotionally to my baby

14. Over the past two weeks I have taken care with what I eat to make sure the baby gets a good diet:

☐ Not at all

☐ Once or twice when I ate

☐ Occasionally when I ate

☐ Quite often when I ate

☐ Every time I ate

15. When I first see my baby after the birth I expect I will feel:

☐ Intense affection

☐ Mostly affection

☐ Dislike about one or two aspects of the baby

☐ Dislike about quite a few aspects of the baby

☐ Mostly dislike

16. When my baby is born I would like to hold the baby:

☐ Immediately

☐ After it has been wrapped in a blanket

☐ After it has been washed

☐ After a few hours for things to settle down

☐ The next day

17. Over the past two weeks I have had dreams about the pregnancy or baby:

☐ Not at all

☐ Occasionally

☐ Frequently

☐ Very frequently

☐ Almost every night

18. Over the past two weeks I have found myself feeling, or rubbing with my hand, the outside of my stomach where the baby is:

☐ A lot of times each day

☐ At least once per day

☐ Occasionally

☐ Once only

☐ Not at all

19. If the pregnancy was lost at this time (due to miscarriage or other accidental event) without any pain or injury to myself, I expect I would feel:

- [ ] Very pleased
- [ ] Moderately pleased
- [ ] Neutral (ie neither sad nor pleased; or mixed feelings)
- [ ] Moderately sad
- [ ] Very sad

Anexa 3

Numele părintelui: ____________________
Numele copilului: ____________________
Relaţionarea cu copilul: ____________________
Data: ____________________

D. A.

Modalitatea de utilizare:

Aici veţi găsi câteva întrebări si afirmaţii ce au legătură cu modul în care dvs. – ca cea care se ingrijeste de copil – gândiţi despre relaţia pe care o aveţi cu acest copil în această perioadă. Dacă aveţi mai mult de un copil, vă rugăm sa completaţi un chestionar pentru fiecare copil în parte:

- ☐ Dezacord total
- ☐ Dezacord parţial
- ☐ Neutru
- ☐ Acord parţial
- ☐ Acord total

Indicaţi pentru fiecare întrebare şi afirmaţie alegerea dvs. în legătură cu acordul sau dezacordul. Pentru fiecare întrebare sau afirmaţie este posibil doar un singur răspuns. Nu vă gândiţi foarte mult la răspunsul pe care-l daţi. Ceea ce interesează sunt gândurile şi emoţiile dvs., care nu pot fi bune sau rele. Vă rugăm să răspundeţi la fiecare întrebare sau afirmaţie.

		Dezacord total	Dezacord parţial	Neutru	Acord parţial	Acord total
1	Încurajez acest copil să exploreze şi/sau să facă lucruri noi.	☐	☐	☐	☐	☐
2	Descurajez copilul în a explora lucruri noi şi îmi este dificil să-l ghidez în noi activităţi.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Mamele ar trebui să-i prezinte copilului noi provocări şi să-i arate cum sa le facă faţă, întrucât el nu este suficient de dezvoltat pentru a învăţa de unul singur.	☐	☐	☐	☐	☐

4	Nu întâmpin dificultăţi cu acest copil în ceea ce priveşte lucrurile legate de somn (de adormit).	☐	☐	☐	☐	☐
5	Îmi este greu în a ghida comportamentele şi acţiunile acestui copil atunci când el face lucruri care nu-i sunt permise şi/sau lucruri care sunt periculoase.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Uneori mă întreb dacă nu sunt mult prea protectivă cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
7	Îmi este greu să văd acest copil cum se joacă singur – aş prefera să facem aceste lucruri împreună.	☐	☐	☐	☐	☐
		Dezacord total	Dezacord parţial	Neutru	Acord parţial	Acord total
8	Nu simt apropiere faţă de acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
9	Îmi doresc ca acest copil să se joace sau să înveţe să stea singur un pic mai mult.	☐	☐	☐	☐	☐
10	Acest copil în mod clar adoră să stea cu mine.	☐	☐	☐	☐	☐
11	Când lucrurile merg prost, îmi ies din fire uşor.	☐	☐	☐	☐	☐
12	Rareori îmi pierd răbdarea.	☐	☐	☐	☐	☐
13	Se întâmpla să ţip la acest copil pentru a mă face înţeleasă.	☐	☐	☐	☐	☐
14	Acest copil are nevoie de o lume a lui/ei.	☐	☐	☐	☐	☐
15	Cunosc acest copil foarte bine.	☐	☐	☐	☐	☐
16	Acest copil mă aduce, îmi arată şi mă implică în activitatea lui.	☐	☐	☐	☐	☐
17	Eu şi acest copil împărtăşim multe momente împreună.	☐	☐	☐	☐	☐
18	Nu înţeleg ce doreşte să comunice acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
19	Îmi este greu să înţeleg acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
20	Nu am un contact foarte bun cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
21	Eu şi acest copil facem foarte multe activităţi distractive împreună.	☐	☐	☐	☐	☐
22	Îmi este greu sa mă joc sau să vorbesc cu acest copil un timp mai îndelungat.	☐	☐	☐	☐	☐
23	Acest copil este distrat şi/sau irascibil în cea mai mare parte a timpului.	☐	☐	☐	☐	☐

24	Când mă întorc după o scurtă separare de acest copil (ex: vin acasă, îl iau de la bona, etc.), el/ea pare foarte fericită când mă vede.	☐	☐	☐	☐	☐
25	Acest copil este atent şi ascultă când încerc să îi vorbesc.	☐	☐	☐	☐	☐
26	Îmi este greu să înţeleg nevoile acestui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
		Dezacord total	Dezacord parţial	Neutru	Acord parţial	Acord total
27	Mă gândesc ca îi spun în glumă, fără să vreau, lucruri negative acestui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
28	Mă consider o persoană răbdătoare.	☐	☐	☐	☐	☐
29	Am tendinţa de a controla lucrurile şi îmi este dificil să mă retrag când este cazul.	☐	☐	☐	☐	☐
30	Acest copil poate fi uşor de implicat în joacă.	☐	☐	☐	☐	☐
31	Când sunt cu acest copil interacţionam şi vorbim unul cu celălalt.	☐	☐	☐	☐	☐
32	Acest copil este capabil să-mi atragă atenţia.	☐	☐	☐	☐	☐
33	Reuşesc sa mă adaptez acţiunilor acestui copilul atunci când e necesar.	☐	☐	☐	☐	☐
34	În opinia mea, un copil are nevoie de un spaţiu de joaca al său.	☐	☐	☐	☐	☐
35	Acest copil mă implică în acţiunile lui.	☐	☐	☐	☐	☐
36	Nu-mi pot imagina o zi atunci când copilul nu va mai avea nevoie de mine.	☐	☐	☐	☐	☐
37	Mă gândesc că fără să vreau, îi vorbesc sau îi spun glume copilului într-un mod ameninţător.	☐	☐	☐	☐	☐
38	Acest copil este foarte independent şi doreşte să se joace şi să fie singur.	☐	☐	☐	☐	☐
39	Acestui copil îi place să fie cu mine.	☐	☐	☐	☐	☐
40	Mai tot timpul vreau să ştiu ce gândeşte sau ce pune la cale acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
41	Rareori ridic vocea.	☐	☐	☐	☐	☐
42	Sunt foarte fericită cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
43	Mă gândesc că aş putea influenţa fiecare pas al acestui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
44	Acest copil plânge, scânceşte şi geme mult în prezenţa mea.	☐	☐	☐	☐	☐

45	Acest copil mă cheamă sa vin sa mă joc, să îi vorbesc sau să interacționez cu el.	☐	☐	☐	☐	☐
46	Acest copil își manifestă mereu dorința să se joace, să vorbească sau să interacționeze cu mine.	☐	☐	☐	☐	☐
		Dezacord total	Dezacord parțial	Neutru	Acord parțial	Acord total
47	Se întâmpla sa fiu agitatată și frustrată când nu sunt cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
48	Acest copil îmi atrage atenția atunci când dorește să se joace sau să-mi vorbească.	☐	☐	☐	☐	☐
49	Când lucrurile nu merg bine, am tendința să devin flexibilă.	☐	☐	☐	☐	☐
50	Rareori mă plictisesc când trebuie să stau cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
51	Chiar și atunci când acest copil nu face un lucru bun, îl las să experimenteze.	☐	☐	☐	☐	☐
52	Devin frustrată când nu înțeleg ce încercă să-mi comunice acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
53	Deseori găsesc acest copil supărător.	☐	☐	☐	☐	☐
54	Când rămân cu acest copil mă gândesc ca este momentul să experimentam lucruri care ne privesc numai pe noi.	☐	☐	☐	☐	☐
55	Când încerc să interacționez cu acest copil, el pare preocupat sau încearcă sa se îndepărteze.	☐	☐	☐	☐	☐
56	Acest copil căuta atenția mea.	☐	☐	☐	☐	☐
57	Când acest copil este trist, îngrijorat sau supărat, de obicei îl scot din acea stare.	☐	☐	☐	☐	☐
58	Îmi este greu sa-l fac pe acest copil să se simtă mai bine atunci când are o stare neplăcută.	☐	☐	☐	☐	☐
59	Acest copil pare a se „lumina" atunci când mă vede.	☐	☐	☐	☐	☐
60	Acest copil ințelege tot timpul ce-i transmit.	☐	☐	☐	☐	☐
61	Acest copil este supărat în majoritatea timpului.	☐	☐	☐	☐	☐
62	Acest copil este plin de bucurie cand sunt în preajmă.	☐	☐	☐	☐	☐
63	Îmi place să fac lucruri cu acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐

64	Mă întreb dacă acest copil se bucură de prezenţa mea.	☐	☐	☐	☐	☐
65	Acest copil încearcă să comunice cu mine.	☐	☐	☐	☐	☐
		Dezacord total	Dezacord parţial	Neutru	Acord parţial	Acord total
66	Acest copil are nevoie să se dezvolte autonom atât acum cât şi mai departe în viaţă.	☐	☐	☐	☐	☐
67	Sunt preocupată să îi sugerez sau să îi ofer sprijin când se joacă sau interacţionează cu alţi copii.	☐	☐	☐	☐	☐
68	Încerc sa văd lucrurile din perspectiva unui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
69	Acest copil abia mă observă.	☐	☐	☐	☐	☐
70	Ştiu când trebuie sa preiau controlul in relaţia cu acest copil sau să îl las sa experimenteze liber.	☐	☐	☐	☐	☐
71	Acest copil niciodată nu îmi cere să mă joc cu el.	☐	☐	☐	☐	☐
72	Îmi este greu sa mă potrivesc cu ritmul interacţiunii al acestui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
73	Când acest copil manifestă comportamente dificile, nu ştiu cum să-i fac faţă.	☐	☐	☐	☐	☐
74	Îmi este greu sa găsesc o modalitate prin care să stabilesc reguli pentru el sau să îi arăt ce aşteptări am de la el atunci când are comportamente provocatoare.	☐	☐	☐	☐	☐
75	Când mă joc cu acest copil sau când ii vorbesc, îmi place sa il ghidez şi să-i dau sugestii care îi sunt folositoare.	☐	☐	☐	☐	☐
76	Ca mama, întotdeauna îmi doresc sa aflu ce este în mintea acestui copil.	☐	☐	☐	☐	☐
77	Îmi place să privesc copilul jucându-se de unul singur, mai ales atunci când stau cu el.	☐	☐	☐	☐	☐
78	Când acest copil explorează sau se implică în noi activităţi, îmi face plăcere să fiu prezentă fără să intervin în ceea ce face.	☐	☐	☐	☐	☐
79	Acest copil întotdeauna îmi cere sa mă uit când se joacă, sau la lucrurile pe care le face.	☐	☐	☐	☐	☐
80	De obicei sunt într-o dispoziţie foarte bună alături de acest copil.	☐	☐	☐	☐	☐
81	Întâmpin cu acest copil greutăţi atunci când trebuie sa mănânce.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexa 4

Your name: ____________________
Child's name: ____________________
Relationship to child: ____________________
Date: ____________________

EA

Instructions:

Here you will find some questions or statements concerning how you –as a caregiver– think about the relationship you are having with a particular child. A caregiver may be a biological mother, father, step-mother, step-father, early care professional, nanny, teacher, grandparent, foster parent (with the ordering of caregivers not representative of the importance for a child), or another individual who has an ongoing relationship with a particular child:

- ☐ I do not agree at all
- ☐ I do rather not agree
- ☐ Neutral
- ☐ I do rather agree
- ☐ I do agree totally

Indicate for each question or statement your choice. For each question or statement, just one response is possible. Do not think too long about your answer. We are interested in your opinion, which cannot be right or wrong. Please respond to each question or statement.

		Not agree at all	Rather not agree	Neutral	Rather agree	Totally agree
1	I encourage this child to explore and/or do new things.	☐	☐	☐	☐	☐
2	I discourage this child from exploring new things and find it tough to guide new activities.	☐	☐	☐	☐	☐
3	Caregivers always have to present their child with new challenges and to show the way, because children are not mature enough to know their own minds.	☐	☐	☐	☐	☐

4	This child and I don't work well together concerning matters related to bed and sleep routines.	☐	☐	☐	☐	☐
5	I find it hard to structure this child's behaviors and actions when s/he does things that are not allowed and/or things that are dangerous.	☐	☐	☐	☐	☐
6	Sometimes I wonder whether I am too overprotective with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
7	I find it hard to see this child playing or reading on his/her own – I prefer to do things together.	☐	☐	☐	☐	☐
		Not agree at all	Rather not agree	Neutral	Rather agree	Totally agree
8	I don't feel close to this child.	☐	☐	☐	☐	☐
9	I wish this child could play or be on his/her own a bit more.	☐	☐	☐	☐	☐
10	This child clearly enjoys being together with me.	☐	☐	☐	☐	☐
11	When things go wrong, I get bent out of shape easily.	☐	☐	☐	☐	☐
12	I rarely lose my patience.	☐	☐	☐	☐	☐
13	It happens that I shout to this child to make something clear.	☐	☐	☐	☐	☐
14	This child needs to have his/her own world.	☐	☐	☐	☐	☐
15	I know this child very well.	☐	☐	☐	☐	☐
16	This child brings, shows, and involves me in his/her interests.	☐	☐	☐	☐	☐
17	This child and I share a lot of good moments.	☐	☐	☐	☐	☐
18	I don't understand what this child is communicating.	☐	☐	☐	☐	☐
19	I have a hard time understanding this child.	☐	☐	☐	☐	☐
20	I do not have a very good contact with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
21	This child and I do a lot of fun things together	☐	☐	☐	☐	☐
22	It's hard to get this child to play and/or talk with me for very long.	☐	☐	☐	☐	☐
23	This child is distressed and/or "cranky" most of the time.	☐	☐	☐	☐	☐
24	When I return after a brief separation (e.g., come back to the house, pick him/her up from the sitter, etc.), this child seems really happy to see me.	☐	☐	☐	☐	☐

25	This child takes notice and listens to me when I try to talk to him/her	☐	☐	☐	☐	☐
26	I find it hard to understand the needs of this child.	☐	☐	☐	☐	☐
		Not agree at all	Rather not agree	Neutral	Rather agree	Totally agree
27	Without meaning to, I think I say negative things to this child in a joking way.	☐	☐	☐	☐	☐
28	I consider myself a patient person.	☐	☐	☐	☐	☐
29	I seem to have a need to control and lead things and have a hard time backing off.	☐	☐	☐	☐	☐
30	This child can easily be involved in playing.	☐	☐	☐	☐	☐
31	When I am together with this child, we interact and/or talk with each other.	☐	☐	☐	☐	☐
32	This child is able to get my attention for his/her play.	☐	☐	☐	☐	☐
33	I succeed in adjusting to this child's behaviors and actions when necessary.	☐	☐	☐	☐	☐
34	In my opinion, a child needs space to play on his/her own.	☐	☐	☐	☐	☐
35	This child asks me things.	☐	☐	☐	☐	☐
36	I can't imagine a time when this child will not need me.	☐	☐	☐	☐	☐
37	Without meaning to, I speak, act, or joke in threatening ways to this child.	☐	☐	☐	☐	☐
38	This child is very independent and mostly likes to play and be on his/her own.	☐	☐	☐	☐	☐
39	This child likes to be with me.	☐	☐	☐	☐	☐
40	I always want to know what this child is up to or is thinking.	☐	☐	☐	☐	☐
41	I rarely raise my voice.	☐	☐	☐	☐	☐
42	I am happy with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
43	I shadow this child's every step.	☐	☐	☐	☐	☐
44	This child cries, whines, moans, and complains a lot to me.	☐	☐	☐	☐	☐
45	This child calls me to come and play, talk, and/or interact.	☐	☐	☐	☐	☐
46	This child often expresses desire to play, talk, and/or interact with me.	☐	☐	☐	☐	☐
		Not agree at all	Rather not agree	Neutral	Rather agree	Totally agree
47	It happens that I become agitated or frustrated, when I am with this child.	☐	☐	☐	☐	☐

48	This child lets me know when s/he wants to play and/or talk with me.	☐	☐	☐	☐	☐
49	When things go wrong, I tend to be flexible.	☐	☐	☐	☐	☐
50	I rarely get bored when I have to be together with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
51	Even when this child doesn't get it right, I let him/her have the experience.	☐	☐	☐	☐	☐
52	I am frustrated that I don't understand what this child is trying to communicate.	☐	☐	☐	☐	☐
53	I often find this child annoying.	☐	☐	☐	☐	☐
54	When I am together with this child, I think it's fine for us to do our own things.	☐	☐	☐	☐	☐
55	When I try to play and/or interact with this child, he/she seems to be busy and mostly moves away.	☐	☐	☐	☐	☐
56	This child claims my attention.	☐	☐	☐	☐	☐
57	When this child seems sad, worried, or upset, I can usually figure it out.	☐	☐	☐	☐	☐
58	It is hard to make this child feel better when he/she is distressed.	☐	☐	☐	☐	☐
59	This child seems to "light up" when he/she sees me.	☐	☐	☐	☐	☐
60	This child seems to understand what I mean most of the time	☐	☐	☐	☐	☐
61	This child is upset a lot.	☐	☐	☐	☐	☐
62	This child is lots of fun to be around.	☐	☐	☐	☐	☐
63	I enjoy doing things together with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
64	I wonder whether this child enjoys my presence.	☐	☐	☐	☐	☐
65	This child tries to communicate with me.	☐	☐	☐	☐	☐
		Not agree at all	Rather not agree	Neutral	Rather agree	Totally agree
66	A child needs to be on his own now and then.	☐	☐	☐	☐	☐
67	I find it easy to make suggestions and/or offer guidelines during play or interactions with this child.	☐	☐	☐	☐	☐
68	I try to see things from this child's perspective.	☐	☐	☐	☐	☐
69	This child barely notices me.	☐	☐	☐	☐	☐
70	I know when I need to lead and take control with this child or to let him/her try it by himself/herself.	☐	☐	☐	☐	☐
71	This child never asks me to play with him/her.	☐	☐	☐	☐	☐

72	I find it hard to attune myself to the rhythm of interaction with this particular child.	☐	☐	☐	☐	☐
73	When this child shows difficult or oppositional behavior, I sometimes don't know how to cope with the conflict.	☐	☐	☐	☐	☐
74	I find it hard to repeat rules and expectations to this child, particularly when his/her responses are challenging.	☐	☐	☐	☐	☐
75	During play with this child or when we are talking, I like to guide and make suggestions that can be helpful to him/her.	☐	☐	☐	☐	☐
76	Being a good caregiver, I always want to know what is going through this child's mind.	☐	☐	☐	☐	☐
77	I like to see my child playing on his/her own, especially when I am on hand in case needed.	☐	☐	☐	☐	☐
78	When this child is exploring and engaging in new activities, I am on hand to oversee without overdoing it.	☐	☐	☐	☐	☐
79	This child often asks me to look at what she/he is playing or working on.	☐	☐	☐	☐	☐
80	I am usually in a good mood around this child.	☐	☐	☐	☐	☐
81	This child and I have difficult times during meals.	☐	☐	☐	☐	☐

Anexa 5

INVENTARUL DE VARIABILE CONTEXTUALE PERINATALE

Umătoarele afirmaţii descriu experienţe care s-au întâmplat la naştere. Vă rugăm să încercuiţi care din afirmaţii sunt legate de naşterea copilului dumneavoastră.

1. Am născut prin cezariană.
2. Punctajul Apgar a fost de _____.
3. Greutatea copilului a fost de _____.
4. Copilul a avut cordonul ombilical în jurul gâtului.
5. Copilul a avut probleme respiratorii.
6. Copilul a ieşit cu picioarele înainte.
7. Copilul a rămas înţepenit pe canalul naşterii.

Studiul 3

Dezvoltarea personală în psihoterapiileexperienţiale – abordare metodologică integrativă –

coordonator:
prof. univ. dr. IOLANDA MITROFAN

autor:
lector univ. dr. OVIDIU-ALEXANDRU POP

CAPITOLUL 1:
Introducere

1.1. Psihoterapiile experiențiale

Cele aproape șase decenii de la primele încercări experiențiale în psihoterapie s-au coagulat în tot acest răstimp într-o orientare flexibilă prin demersuri, incitantă prin stilul interactiv și cu un puternic specific umanist. Născându-se aproape simultan în mai multe colțuri ale lumii, psihoterapia experiențială s-a răspândit luând forme caracteristice specificului cultural și social în care a prins viață. Dar indiferent de locul unde a reușit să se nască, indiferent de haina contextual-tehnică îmbrăcată, rădăcinile comune în gestalt terapie, în psihodramă, în psihoterapia centrată pe client a lui C. Rogers și în psihoterapia existențială i-au asigurat o coerență răspândirilor și dezvoltărilor ulterioare.

În prezent există în lume peste 600 de școli de psihoterapie, unele, deși înrudite, au ajuns să se dezvolte în direcții total diferite. Experiențialismul se prezintă din acest punct de vedere ca o forță de sinteză care încearcă și promovează unificarea mai multor forme de psihoterapie, integrând în unul și același demers eficiența terapeutică a acestora. De fapt, pe măsură ce timpul trece, începe să devină mai mult decât o formă de psihoterapie, începem să conștientizăm tot mai mult că suntem în fața unei veritabile orientări în psihoterapie. De aproape 7 ani putem vorbi de orientarea experiențială în psihoterapie ca urmare a primei apariții editoriale a lucrării "Orientarea experiențială în psihoterapie", **Mitrofan, I.** & colab., 2000)

Rădăcinile experiențialismului se regăsesc așadar în psihoterapia centrată pe client a lui Rogers, în gestalt terapie, în psihoterapia existențială și în psihodramă. Diferitele dezvoltări ale experiențialismului nu au subsumat întotdeauna toate cele patru forme de psihoterapie mai sus menționate, dar au păstrat stilul deschis și nonintruziv de interacțiune. Stil nondirectiv, metaforizant și unificator. La noi în țară orientarea experiențială așa cum s-a dezvoltat ne îndreptățește să susținem că "*fundamentele teoretice umaniste și spirituale, transpersonale, viziunea holistă a acestei orientări, precum și diversitatea și creativitatea metodologică fără precedent, deschiderea practic nelimitată a procesului terapeutic către dezvoltarea personală și interpersonală, către actualizarea și extensia potențialului uman, ne determină să o considerăm adevărata terapie a ființei aflate la porțile mileniului trei, într-un moment în care ea se confruntă nu doar cu nevoia de a se înțelege și reconcilia, dar mai ales cu cea de a se restructura, reconstela, transforma.*" (Mitrofan, 2000)

Un fapt interesant şi semnificativ în acelaşi timp este că destul de greu poate cineva să-şi revendice pionieratul şi primariatul în demersul terapeutic de tip experienţial. Totuşi printre iniţiatorii de şcoli, printre promotorii ideilor experienţiale şi dezvoltărilor ulterioare sunt nume precum Carl Whitaker, Malone Thomas, Alvin Mahrer, Eugen Gendlin, Leslie Greenberg, Germain Lietaer, Robert Elliott, Akira Ikemi, ultimul profesor de psihologie clinică la Kansai University, Japonia. Iar la noi în ţară un nume care nu mai are nevoie de nici o prezentare: Iolanda Mitrofan.

Biografiile lor sunt impresionante, demersurile profesionale împletindu-se îndeaproape cu meandrele vieţii lor. Originalitatea şi viziunea acestora asupra unei psihoterapii eficiente şi-au pus amprenta asupra felului în care experienţialismul avea să prindă viaţă în contextul practicii şi muncii lor, iar apoi mai departe, de la ei spre ceilalţi.

1.2. Excurs istoric experienţial. Începuturi, dezvoltare şi prezent

Definiţia experienţialismului conform **Webster's Revised Unabridged Dictionary:**

Experienţialism, n. (*Filos.*)

Doctrină conform căreia experienţa, fie interioară, fie exterioară este criteriul validant al cunoaşterii generale – fiind opusă astfel intuiţionismului.

De la acestă descriere destul de sumară şi simplistă şi până la înţelegerea şi aplicarea psihoterapiei experienţiale la scară largă, APA recunoscând astăzi psihoterapia experienţială ca parte din sistemul APA de psihoterapii, nu a fost un drum uşor, existând în timp multe opoziţii faţă de această formă de psihoterapie.

Dar să vedem care au fost de fapt începuturile psihoterapiei experienţiale, de ce zonă a lumii se leagă aceste începuturi, ce vechime are şi cine sunt reprezentanţii acesteia.

O contribuţie de primă importanţă la apariţia, dezvoltarea şi utilizarea termenului de psihoterapie experienţială a avut-o grupul de la Emory University din Atlanta, Georgia. În viziunea acestora psihoterapia experienţială devine mai mult decât o psihoterapie, devine un mod de a fi în lume. Un mod de abordare, ce se poate aplica diverselor paliere ale experienţei umane deci, inclusiv psihoterapiei. Ea transcende demersurile tehnice din psihoterapie pentru că se aplică permanent prezentului oricărei experienţe umane. (Richard E. Felder, 1991)

Acesta este unul din motivele pentru care din punct de vedere istoric experienţialiştii au rezistat tentativelor de a-i considera o şcoală organizată de psihoterapie.

De fapt, încă din primele texte în care se pomeneşte de experienţialism (Whitaker, 1953) aderarea la un set de tehnici *a priori* este considerată ca fiind limitare a potenţialului de co-experimentare şi astfel o limitare a autenticităţii întâlnirii terapeutice, falsificator al contactului terapeutic. Psihoterapia experienţială este aşadar, la fel ca şi gestalt terapia, o psihoterapie ancorată în prezentul imediat, în aici şi acum, ţinând astfel permanent deschisă poarta orientării metodologice.

Cărţile care se scriu despre experienţialism sunt într-un fel foarte aproape de o contradicţie în termeni. Experienţele sunt diferite de la o terapie la alta, de la un terapeut la altul, de la un client la altul, prezentul este mereu altul, irepetabil. Ele pot fi mai

degrabă un îndemn spre unicitate şi experimentarea acesteia, spre deschiderea către experienţa cotidianului prin activarea şi angrenarea resurselor şi potenţialului creativ al fiecăruia. Totuşi apariţiile editoriale, mai ales cele care strucurează strategia şi modalitatea de abordare în psihoterapiile experienţiale sau care sistematizează modelele interactive tipice acestora rămân deosebit de utile pentru cei care urmează o formare în domeniu dar şi pentru consolidarea psihoterapiei experienţiale ca orientare.

Una dintre istoriile amuzante ale începuturilor experienţiale, pe când termenul "experienţial" era încă în faşă este următorul dialog (Richard E. Felder, 1991) care a avut loc între Whitaker şi unul din pacienţii săi în timpul unei întâlniri de grup:

Pacientul: „Ce caut eu aici?"
Whitaker: „Eşti aici ca să experimentezi tocmai faptul că eşti aici"
Pacientul: „Dar tu ce cauţi aici?"
Whitaker: „Eu sunt cel mai experimentat pacient de aici"

Psihoterapia experienţială a plecat la drum cu trei principii fundamentale:

- Primul susţine că inconştientul este în mod natural orientat mai degrabă spre creştere şi sănătate decât spre regresie şi patologie
- Al doilea principiu afirmă că toată patologia, dar şi însănătoşirea există în contextul relaţional. În psihoterapie relaţia terapeutică este solul/matricea în care însănătoşirea poate avea loc.
- Şi, în fine, al treilea principiu este că terapeutul este adânc implicat fiind parte fundamentală şi irepetabilă a relaţiei terapeutice.

Aproape în paralel cu grupul experienţial constituit la Emory University (Atlanta) sau a lui Eugene Gendlin (Chicago) în Canada îşi făceau apariţia primii pionieri ai experienţialismului începând cu munca de zeci de ani a lui Alvin Mahrer (Ottawa) iar apoi a lui Leslie Greenberg (Toronto).

Iar în Europa, încă de prin anii '70–80 în Belgia – Germain Lieder (Leuven), în Germania - Jochen Eckert (Hamburg), în Olanda – Wim van Kessel (De Bilt), în Romania – Iolanda Mitrofan (Bucureşti) devin coautori ai pionieratului în încercările experienţiale, dar fiecare, în propriile ţări. Chiar şi în Japonia – Akira Ikemi a dezvoltat şi continuat linia lui Eugen Gendlin în psihoterapia experienţială.

O prima remarcă pe care o putem face deja, observând aria de răspândire a experienţialismului, este că psihoterapia experienţială are o mare capacitate de adaptare la nevoile şi cerinţele clienţilor, răspunzând şi corespunzând unei mari diversităţi de tipologii umane.

Plasticitatea aceasta remarcabilă de care dă dovadă psihoterapia experienţială nu este gratuită şi nici inventată, ci este susţinută de nucleul său de tehnici, procedee şi strategii de factură profund umanistă. Relaţia cu clientul este fundamentală în psihoterpia experienţială. De la nondirectivitatea specific rogersiană şi până la atitudinea de maximă onestitate şi deschidere faţă de client. Alianţa terapeutică implică un efort comun spre beneficiul clientului, are ca ţintă bunăstarea, echilibrul psihic şi creşterea autonomiei clientului într-un climat suportiv şi stimulativ pentru acesta.

Psihoterapia experienţială în viziunea lui Mahrer A. este o încercare inovativă de schimbare a persoanei de la ceea ce este la un moment dat, la ceea ce poate fi, la ce poate deveni. Ceea ce "este" însă o persoană la un moment dat este mult mai mult decât ceea ce îşi imaginează sau ştie aceasta despre ea. Asta pentru că cel mai adesea nu ne folosim şi nu ne întrebuinţăm resursele de care dispunem nici măcar pe jumătate. Pare paradoxal însă tocmai atunci când nu ne folosim resursele vrem să fim altceva decât suntem, în timp ce folosirea din plin a resurselor şi posibilităţilor personale ne face să tindem spre ceea ce suntem în realitate.

Psihoterapia experienţială s-a dezvoltat pe toate palierele de lucru terapeutic:
– individual
– de grup
– de cuplu şi familie

Iată aşadar încă o dovadă a plasticităţii şi maleabilităţii acestei orientări. În ceea ce priveşte maniera de lucru, este foarte interesant că se păstrează foarte uşor stilul experienţial atunci când se trece de la un palier la altul. Fie că vorbim de terapie individuală sau de grup (ca să luăm doar un singur exemplu) prezentul, acel binecunoscut *hic et nunc*, este la fel de mult valorizat. În cadrul grupului beneficiul pare a fi suplimentar datorită activării resurselor de grup şi de cele mai multe ori grupul acţionează ca un veritabil terapeut de facto. Căci, până la urmă, doar validarea relaţională poate confirma efectul şi eficienţa demersului terapeutic.

Grupul este mai mult decât o simplă sumă a indivizilor, mai ales când grupul ajunge să manifeste coezivitate tinde să fie un veritabil gestalt. Focalizarea, în timpul sedinţelor de grup, se face pe grup, pe problematicile individuale cu impact general, pe dinamica relaţiilor, coaliţiilor sau alianţelor ce se stabilesc între membri participanţi. Dealtfel terapeutul are permanet posibilitatea de a alterna între focalizarea pe trăirea emoţională a unui membru al grupului sau focalizarea pe un proces de grup.

1.3. Analiză comparativă a diferitelor şcoli experienţiale

Diversele şcoli de psihoterapie experienţială, deşi înrudite ca viziune s-au dezvoltat în maniere diverse în funcţie de promotorii lor dar şi în funcţie de ceea ce clienţii au adus cu ei pe scena terapeutică.

Vom lua în continuare câteva şcoli distincte şi vom prezenta pe scurt principalele puncte de reper ale acestora.

Psihoterapia experienţială promovată de Leslie S. Greenberg este recunoscută de APA sub denumirea **"Process Experiential Psychotherapy"** şi inclusă în clasificarea oficială a **Sistemului de psihoterapii APA** (http://www.apa.org/videos/4310772.html)

Leslie S. Greenberg, PhD, *este profesor de psihologie la York University, Toronto, Ontario, Canada. Este directorul York University Psychotherapy Research Clinic. Coautor la publicaţii majore privind abordarea experienţială focalizată pe emoţii în tratamentul individual şi de cuplu. Cărţile sale recente sunt Emotion-Focused Therapy for Depression (cu Jeanne C. Watson; American Psychological Association, 2005) şi Emotion-Focused Therapy (2001). Relativ recent a editat şi Empathy Reconsidered (1997) precum şi Handbook of Experiential Psychotherapy (1998).*

Dr. Greenberg este membru fondator al Society of the Exploration of Psychotherapy Integration și fost președinte al Society for Psychotherapy Research. Face parte de asemenea din comitetul editorial al multor reviste de psihoterapie inclusiv Journal of Psychotherapy Integration and the Journal of Marital and Family Therapy.

Psihoterapia experiențială, promovată și dezvoltată de ***Leslie S. Greenberg***, are ca puncte principiale (Leslie S. Greenberg, 1998) următoarele:

– importanța relației terapeutice pentru facilitarea schimbării în client
– experiențele clientului în cadrul terapeutic, constând în reprezentarea și examinarea experienței subiective, incluzând sentimente, percepții, valori, scopuri, constructe, etc.

În practica psihoterapică experiențială relația empatică și confirmatorie este privită ca un factor curativ crucial fiind în același timp un factor facilitator pentru diversele experiențe.

Greenberg face distincția între *contextul relațional* și cel al *condițiilor de lucru terapeutic*, ambele având un rol important în facilitarea schimbării.

Obiectivul primar al psihoterapiei promovate de Greenberg este acela de a ajuta clienții să integreze informațiile din sistemul emoțional și cognitiv pentru a facilita o ajustare mai satisfacătoare a clientului la contextul său. Rolul emoțiilor în dezvoltarea personală și în funcționarea individului este capital. În acord cu acest punct de vedere tendința de creștere, de dezvoltare personală se sprijină pe experiența de adaptare emoțională. Emoția este de asemenea importantă in sporirea orientării, chiar și în rezolvarea de probleme.

Balanța permanentă între nevoia teraputului de directivitate și cea a clientului de nondirectivitate înclină permanent în favoarea clientului în psihoterapia procesuală experiențială a lui Greenberg. Clientul rămâne expertul și arbitrul final al trăirilor sale pe parcursul sesiunii terapeutice dar și în viața domestică ulterior. Relația terapeutică este o condiție importantă a validării și confirmării clientului ca persoană, ea are valoare formativă în dezvoltarea și creșterea clientului.

Climatul destins este o condiție obligatorie pentru realizarea alianței terapeutice fără de care experimentarea nu poate fi demarată în mod plenar.

Focalizarea emoțională pe expresivitatea în interacțiune sunt larg întrebuințate în cadrul terapeutic așa cum e descris și practicat de Greenberg. Clientul este focalizat pe emoții, la cel mai mic semn al lor, atunci când acestea apar în terapie, tehnica "*rămânerii*" cu emoțiile și menținerea lor este des folosită.

Grija pentru client este vizibilă, clientul nu este forțat să rămână focalizat intensiv mai ales pe emoțiile negative, ci este mereu scos din stare atunci când pragul emoțional depășește o anumită limită de suportabilitate, folosindu-se adesea tehnica scaunului dublu.

Plecând de la experiența emoțională se trece apoi la analiza și înțelegerea ei în contextul nou și securizant al cadrului terapeutic.

Greenberg L., s-a orientat în special spre expresivitate în actul terapeutic exprimat prin emoții. Astfel construiește ceea ce azi numim Focused expressive psychotherapy (FEP). Scopul esențial al Focused expressive psychotherapy este atingerea stării primare de declanșare a emoției asociată cu problemele definalizate. Cunoașterea perturbărilor care apar la granița de contact este fundamentală pentru terapia FEP astfel

încât intervențiile potrivite să fie modelate pentru a ajuta clientul în impas. Emoții adiționale asociate apar atunci când emoții precum mânia și suferința sunt amestecate atât de mult încât clientul este incapabil să le discrimineze. Sarcina terapeutului este în acest sens să ajute clientul să experimenteze diferența între a fi furios și a fi rănit.

Retroflecția emoțiilor ia una dintre cele două forme: fie experiența unei emoții este reprimată, fie emoția este întoarsă împotriva eului. În acest caz, terapeutul trebuie să ajute clientul pentru identificarea persoanei țintă potrivită către care emoția să fie direcționată astfel încât exprimarea să fie deviată dinspre client spre acea persoană. [...]

Deflecția emoțiilor este o formă de negare a sentimentelor în care clientul face lumină asupra emoției (își clarifică emoția) distrăgându-se de la subiect sau rămânând la un nivel cognitiv când are de-a face cu emoțiile. Scopul terapeutic este aici de a păstra clientul în experiența prezentă, în timp ce direcția de lucru este păstrată asupra țintei.

Emoțiile proiectate sunt cele pe care clientul le vede la alții, dar de fapt le experimentează chiar el. Scopul intervenției terapeutice este stabilirea apartenenței emoțiilor clientului prin experimente precum inversiunea de rol sau ieșirea înafara proiecției.

Credințele introiectate despre emoții sunt adesea manifestate ca discrepanță între ceea ce i s-a spus persoanei să experimenteze și ceea ce experimentează de fapt. Aici terapeutul ajută clientul să recunoască mesajele de tip "ar trebui" și să exploreze așteptările catastrofice atașate credințelor introiectate.

Pentru a avea succes în realizarea experimentelor, terapeutul trebuie să facă apel la elementele cheie ale experimentelor reușite:

1. motivațiile fundamentale și inteligibile
2. construcția experimentelor în cadrul unui context potrivit
3. furnizarea unei suficiente securizări pentru a-i fi posibil clientului să coopereze cu fermitate.

Obiectivul fundamental al experimentului este să scoată în evidență experiența prezentă astfel încât schimbarea să fie posibilă; în această privință sugestiile de pe parcursul procesului sunt de mai mare ajutor decât interogațiile. Din moment ce apar restricții în elaborarea experimentului precum confidențialitatea, factori disturbatori, limitările fizice ale clientului, terapeutul FEP trebuie să fie flexibil și creativ în stabilirea experimentului, acesta putând folosi alternative utile precum desenul, modelajul în lut, ruptul hârtiei, etc. În toate aceste metode clienții sunt rugați să facă atât ceva fizic cât și mental păstrând postura holistă a modelului.

Psihoterapia experiențială a lui Mahrer este recunoscută de APA și inclusă în clasificarea oficială a **Sistemului de psihoterapii APA** (http://www.apa.org/videos/4310783.html)

Alvin R. Mahrer, *Ph.D, își ia doctoratul în 1954 la Ohio State University, de unde a plecat la VA Hospital în Denver, unde devine președintele Colorado Psychological Association. În 1967 devine profesor și directorul clinicii din Miami University, iar mai târziu va deține aceeași poziție la University of Waterloo și la University of Ottawa. În prezent este profesor emerit la University of Ottawa.*

Psihoterapia experiențială a lui Mahrer pleacă de la teoria conform căreia în noi există un potențial pentru experiență și experimentare. Acesta e de două feluri, superficial

– potenţial operant de experimentare şi unul profund – potenţial profund de experimentare. În plus, între aceste potenţiale există relaţii care pot fi prietenoase, calde, de acceptare, pozitive, integrative sau negative, de rejectare, distanţă, de dezintegrare.

Obiectivele psihoterapiei experienţiale la Mahrer sunt două la număr şi sunt urmărite în fiecare sesiune la fel ca şi cei patru paşi. (Mahrer, 1983)

- Primul obiectiv ţinteşte devenirea şi dezvoltarea ca o nouă persoană atât pe dinăuntru cât şi pe dinafară ajungând la un nou mod de a experimenta viaţa, de a simţi, de a gândi şi de a fi în lume.
- Cel de-al doilea are în vedere eliberarea de tensiunile negative ale persoanei vechi şi reconstrucţia celei noi.

Definirea fiecărei sesiuni şi a terapiei specifice

După cum am menţionat şi mai sus Mahrer, propune aşadar, în locul imaginii obişnuite a unui modul psihoterapeutic care începe cu o sesiune iniţială, continuă cu o serie de sesiuni şi se încheie cu sesiunea finală, fiecare sesiune experienţială este în sine o „mini terapie" (o terapie în miniatură) prin faptul că:

(1) lucrul acestei sesiuni începe prin decizia persoanei referitoare la ceea ce să fie iniţial şi central, concentrarea lucrului pentru această sesiune;

(2) sesiunea se desfăşoară după aceeaşi ordine a paşilor după care se desfăşoară de fapt orice sesiune;

(3) fiecare sesiune poate fi evaluată ca fiind reuşită sau nereuşită independent de alte sesiuni.

A urmărit sesiunea ordinea paşilor?

Bazându-ne pe imaginea a ceea ce o persoană poate deveni pe care o oferă această şedinţă, a atins persoana această transformare minunată?

Bazându-ne pe ceea ce o persoană a identificat ca fiind central la începutul sesiunii, noua persoană din punct de vedere calitativ este eliberată de scena dureroasă identificată şi de sentimentele dureroase care o însoţeau? (William O'Donohue, Nicholas A. Cummings, Janet L. Cummings, 2005)

Un alt aspect caracteristic şi tipic pentru viziunea lui Mahrer este modul aparte în care acesta îl vede pe terapeut definit ca profesor-ghid al persoanei care duce la bun sfârşit şedinţa de tip experienţial. De-a lungul întregii sesiunii, rolul şi menirea terapeutului este acela de profesor-ghid care prezintă persoanei ce are de făcut în continuare, cum anume să facă, de ce să facă. Terapeutul de tip profesor-ghid se alătură persoanei în procesul schimbării, luptând alături de ea, fiind părtaş la întreg demersul şi efortul clientului. Obiectivele particulare care nu vizează astfel de demersuri pentru fiecare sesiune experienţială devin indicii pentru existenţa de devieri serioase de la rolul lor obişnuit, al majorităţii terapeuţilor.

Cealaltă persoană (clientul sau pacientul) este cea care îşi asumă în principal şi duce la bun sfârşit lucrul concret al sesiunii. Terapeutul îi arată ce să facă şi cum să facă, iar persoana este agentul activ în mişcare care determină ritmul care să fie urmat, el este cel care stabileşte dacă este pregătit sau nu să meargă la următoarea etapă sau dacă doreşte să încerce din nou sau să se oprească pentru un timp. Deşi terapeutul este

principalul profesor-ghid, „cealaltă persoană” nu corespunde înțelesului obișnuit de „client” sau „pacient” atât de mult precum cealaltă persoană aproape corespunde înțelesului de „practician” sau cel care își asumă munca unei sesiuni experiențiale. Astfel parteneriatul dintre terapeut și client este văzut de fapt ca un parteneriat între ***profesorul-ghid*** și ***practician***.

Pentru că experiențialismul a avut de luptat pentru a se impune conștiinței profesionale, a avut de luptat cu cei care acuzau experiențialismul de lipsă de rezultate palpabile prin cuantificare, și Mahrer a căutat tot timpul să aducă argumente pentru susținerea prin diverse forme a experiențialismului. Astfel el a ajuns nu doar să propună, spre exemplu alternative experiențiale, ci și alternative diagnostice spunând: <SESIUNILE EXPERIENȚIALE POT OFERI O ALTERNATIVĂ PENTRU DIAGNOSTICUL ȘI TRATAMENTUL DEPRESIEI>

Alternativa experiențială, mai degrabă decât să intre în conflict sau să concureze cu diagnoza și tratamentul depresiei, provine dintr-o atitudine mentală care este diferită cel puțin din trei puncte de vedere:

1. atenția este concentrată asupra sentimentelor dureroase, negative ale persoanei, care, în această situație particulară, pot fi descrise folosind cuvinte precum disperare fără sens, depresie, retragere, singurătate, renunțare, inutilitate, eșec, apatie, vid, lipsă de viață, tristețe. Conform acestei scheme mentale, este vorba despre o persoană, într-o situație dată, care trăiește mai multe sentimente negative, dureroase. Nu există un diagnostic care se cheamă depresie.
2. În locul diagnosticului și a tratării depresiei, unul dintre scopuri este explorarea sentimentelor dureroase specifice ale acestei persoane particulare în această situație particulară, descoperirea a ceea ce se află în profunzime și folosirea celor descoperite pentru a permite persoanei să devină persoana nouă calitativ care poate deveni. Scopul este transformarea profundă.
3. În locul diagnosticului și al tratării depresiei, celălalt scop este ca noua persoană să aibă o lume eliberată de acele scene dureroase, să fie o persoană esențialmente liberă de acele sentimente negative.

(William O'Donohue, Nicholas A. Cummings, Janet L. Cummings, 2005)

Identificarea aspectelor asupra cărora se va lucra în psihoterapie

La începutul fiecărei sesiuni, terapeutul îi arată persoanei cum să selecteze o scenă puternic investită afectiv asupra căreia să se poată lucra, o situație în care persoana a avut sentimentul că a fost relativ puternică, remarcabilă. Terapeutul îi arată cum să facă, persoana identifică „scena puternic încărcată afectiv” pentru această sesiune.

Persoana este liberă să găsească (1) o scenă recentă, din trecutul apropiat sau îndepărtat, (2) o scenă dramatică, puternică sau una obișnuită, cotidiană sau (3) o scenă din viața reală sau dintr-un vis. Sentimentul poate fi dureros sau plăcut. „Scena puternic investită afectiv” poate fi similară cu una asupra căreia s-a lucrat în sesiunile anterioare sau una care este relativ nouă. Scena încărcată de sentimente poate fi primordială pentru persoană, ținta atenției persoanei sau persoana poate identifica câteva posibile scene cu sentimente puternice și o poate alege pe cea asupra căreia să lucreze.

Acesta (practicianul în sensul pe care îl dă Mahrer) are, de exemplu, o scenă dureroasă, încărcată de sentimente puternice care se impune în centrul minții sale. Cu câteva zile în urmă, într-o duminică dimineață, stătea ca de obicei singur cu ziarul și cafeaua în restaurantul din apropiere, acesta fiind proprietatea tatălui său, a fratelui și a sa de zeci de ani. Starea sa obișnuită de retragere, de goliciune și apatie s-a accentuat. Mult mai mult. Chiar și chelnărița nu a putut să nu observe scufundarea sa într-o stare înspăimântătoare de detașare, retragere, goliciune, lipsă de sens, slăbiciune, apatie, disperare, tristețe, depresie.

Nu numai că a identificat de unde să înceapă ședința; el deja trăia și era în această scenă puternic investită afectiv.(William O'Donohue, Nicholas A. Cummings, Janet L. Cummings, 2005).

Concepția lui Mahrer despre terapie

Concepția lui Mahrer despre terapie se împletește cu viața și eforturile sale de a promova experiențialismul în psihoterapie. În modelul experiențial, după cum menționam, persoana este alcătuită din potențialitățile experiențelor și relațiile dintre acestea.

Acest model definește o persoană ca fiind alcătuită din potențialul de a avea experiențe. Acestea sunt diferite modalități de a avea experiențe pe care o persoană le poate avea. Setul de potențialități al unei persoane poate fi esențial pentru acea persoană. Spre exemplu, în interiorul unei persoane poate exista potențialitatea de a experimenta tandrețea, bunătatea, blândețea, zburdălnicia, prostia, violența, bizareria, irascibilitatea, distructivitatea, puterea, hotărârea, duritatea; experiența de a fi răutăcios, diabolic, de a fi dominator, controlator, responsabil, de a fi apropiat, intim cu, de a risca, de a fi îndrăzneț, aventuros; experiența de a fi docil, compliant, submisiv.

În aceasta constă structura unei persoane. Nimic mai mult. Nu există ego sau id, nici trăsături de personalitate, nici nevoi, pulsiuni sau impulsuri inconștiente, nici psihodinamică sau mecanisme de apărare, nici scheme cognitive. Nimic. Aici radicalismul lui Mahrer nu mai lasă loc de nimic, nici de experiențialism. Este vehement și foarte determinat în a-și susține această idee de bază, pe care, dealtfel, se sprijină în bună măsură teoria sa.

Unele potențialități de experimentare sunt mai aproape de suprafață. Ele ajută la definirea modului în care persoana acționează, se comportă, răspunde și reacționează, înțelege și își construiește propria lume, la felul în care persoana există și operează în lume. Acestea sunt numite potențialități operaționale de experimentare.

Alte potențialități de experimentare sunt mult mai profunde, departe de suprafață. Ele constituie fundația „subterană" a potențialul operațional. Ele se numesc potențialități mai profunde de experimentare. Natura și conținutul lor, în general, variază de la persoană la persoană. Nu există potențialități universale de experimentare, nu există un fond comun. În profunzime, fiecare dintre noi poate fi diferit. (Mahrer, A. R., 2001)

În plus față de potențialitățile de experimentare, există relațiile dintre aceste potențialități. Ele pot fi prietenoase, se pot accepta, pot fi pozitive, integrative sau pot fi neprietenoase, respingătoare, negative, nearmonioase.

Potențialitățile de experimentare și relațiile dintre aceste potențialități – aceasta este tot ceea propune acest model al ființelor umane. Imaginea este mai degrabă clară și simplă, în special în comparație cu toate acele concepte și constructe, procese

şi dinamici care sunt prezente în atâtea multe alte teorii şi sunt absente sau inutile pentru acest model.

Acest model descrie o persoană ca fiind cea care construieşte, creează, organizează lumea exterioară pentru a-i servi drept contexte situaţionale potrivite şi utile pentru experienţele importante care urmează a fi trăite de ea. Iar lumea exterioară este conturată şi organizată conform externalizărilor potenţialităţilor profunde ale acelei persoane, din nou pentru a face posibilă experimentarea a ceea ce este important să trăiască acea persoană.

Există diferite modalităţi prin care o persoană îşi construieşte propria lume externă. Una dintre acestea este că lumea externă se prezintă persoanei, iar persoana o percepe, o foloseşte, îi dă sens şi înţeles, în felul propriu important persoanei.

În al doilea rând, lumea externă este abia disponibilă, este un fel de depozit sau piaţă bogată, plină cu lucruri pe care persoana trebuie să le selecteze şi să le folosească în felul şi pentru scopurile care sunt importante pentru persoană.

În al treilea rând, persoana şi lumea externă pot conlucra, coopera, pentru a crea şi construi ceea ce este important pentru această persoană că creeze şi să construiască. În cele din urmă, persoana poate crea activ şi fasona acea lume exterioară care este importantă pentru ea. Indiferent de modalităţile pe care le foloseşte, persoana este cea care construieşte, dă formă, creează, conferă sens şi foloseşte lumea exterioară, iar pentru a face acest lucru persoana poate folosi structuri care sunt reale sau care sunt total ireale. (Mahrer, A. R., 2001)

Ce face ca existenţa obişnuită să continue, ce o ţine în mişcare şi încotro se îndreaptă?

Virtual, pentru orice persoană, existenţa de-a lungul întregii vieţii constă în (1) a oferi un grad limitat, sigur de potenţialităţi de experimentare pentru experimentare, dar nu prea multe şi (2) menţinerea stării prezente de relaţii pozitive-integrative sau negative-dezintegrative între potenţialităţile de experimentare. Prin intermediul comportamentelor şi prin construirea lumilor exterioare potrivite, persoana face posibilă existenţa unui grad sigur de experimentare moderat care menţine sistemul de potenţialităţi pentru experimentare şi menţine starea relaţiilor dintre potenţialităţi, fie că acestea sunt relaţii integrativ-pozitive sau distructiv-negative. (Mahrer, A. R., 2001)

În acest model nu există mari forţe intrinseci sau mari destine, plăţi finale sau deznodăminte înălţătoare. Nu există noţiuni precum: nevoi bazale, tendinţe, impulsuri, motivaţii, surse de energie sau putere. Nu există nici o noţiune de forţe ale creşterii, ale actualizării, de stadii inerente ale creşterii şi dezvoltării umane. Nu există nici o noţiune de mare salt intrinsec biologic, social sau psihologic, forţe sau puteri. Nu există noţiunea de etapă de încheiere a maturizării psihologice, etapă finală a creşterii şi dezvoltării.

Îndreptarea către o stare optimală presupune transformări radicale pentru a deveni o persoană nouă calitativ. (Mahrer, A. R., 2001)

Conform perspectivei experienţiale, o persoană va rămâne esenţial aceeaşi de-a lungul vieţii dacă, şi aici este o oportunitate minunată şi un risc, persoana nu este pregătită şi capabilă să treacă, să sufere o transformare radicală calitativă. Numai atunci este posibil să devină o persoană calitativ nouă, o persoană care este mai aproape de persoana optimală care această persoană este capabilă să devină. Pentru a deveni o persoană optimală sunt necesare două schimbări calitative.

Una este că potențialul profund de experimentare devine potențial operațional de experimentare. Ceea ce este profund în interior devine o parte integrantă a ceea ce este persoana nouă calitativ. Pe măsură ce devii o persoană nouă calitativ, riscul aproape sigur, este ca părți ale persoanei care erai, părți ale lumii acelei persoane, să se estompeze, să dispară. Acest proces de devenire al potențialităților de experimentare părți integrante ale persoanei calitativ nouă se cheamă actualizarea potențialităților profunde de experimentare.

O altă schimbarea calitativă care este în legătură cu aceasta privește relațiile dintre potențialul de experimentare, aceste relații devenind mai primitoare, mai iubitoare, mai permeabile și integrate. Aceasta este, de asemenea, o transformare radicală în interiorul persoanei, în sentimente, gânduri, acțiuni, interacțiuni, a propriei lumi personale. Acest proces se cheamă integrarea relațiilor în potențialitățile de experimentare. (Mahrer, A. R., 2001)

Modelul experiențial oferă posibilitatea de a deveni persoană optimală care ești capabilă să devii. Acesta este darul de preț al fiecărei sesiuni experiențiale. Oportunitatea este aici. Riscul este mare. La fel și oportunitățile.

Psihoterapia experiențială promovată de Mahrer are ca idee principală schimbarea persoanei în fiecare sesiune terapeutică, urmând un model cu patru pași care se aplică în mod constant la fiecare sesiune. Secvența aceasta de patru pași este tipică la Mahrer și reprezintă miezul terapiei promovată de el. (Mahrer, 1996) Se are în vedere o schimbare de profunzime a persoanei, prin depășirea sentimentelor negative, a suferințelor și „rănilor", vechii persoane făcându-i-se loc unei noi persoane, mai liberă, care poate să-și accepte sentimentele așa cum sunt, care să fie într-o relație de acceptare și valorizare a propriilor resurse.

Cei patru pași sunt:

1. primul pas are ca scop descoperirea, accesarea și scoaterea la iveală a potențialului de profunzime disponibil.
2. al doilea pas urmărește translatarea persoanei de la relaționarea însoțită de sentimentele de teamă, ură, furie și care mențin scăzut potențialul de profunzime, spre o relaționare cu sentimente de iubire, afecțiune, protecție și acceptare care deschid potențialul de profunzime.
3. al treilea pas începe atunci când persoana nu se mai ancorează în vechea și banala persoană care era până atunci și se manifestă ca o cu totul nouă persoană începând de la felul cum se manifestă, cum acționează, cum merge și până la felul cum simte.
4. și în fine al patrulea pas începe atunci când persoana are un total angajament în ceea ce face, în felul de a trăi ca o nouă persoană.

Fiecare sesiune experiențială urmează aceeași pași, ordinea rămâne mereu aceeași. Chiar dacă este vorba despre un terapeut și o persoană sau o persoană singură. Fiecare sesiune urmează aceeași 4 pași, chiar și prima. Nu există un interviu de admitere, o diagnosticare sau o evaluare.

Sesiunea parcurge aceleași patru etape chiar dacă persoana are o ședință singură sau dacă persoana este cu un terapeut experiențialist a cărui îndatorire principală este să

instruiască, să ghideze, să arate persoanei cum să înainteze în sesiune. Imaginați-vă o ședință de terapie experiențială, persoana fiind singură sau cu profesorul-ghid, ceea ce este un psihoterapeut experiențialist. Oricare ar fi cazul, imaginați-vă persoana cu ochii închiși pe parcursul sesiunii. Dacă imaginea dumneavoastră include un terapeut-profesor-ghid, imaginați-vă pe cei doi stând foarte aproape unul de altul, cu ambele scaune în aceeași direcție, ambii cu ochii închiși pe parcursul ședinței. (Mahrer, A. R., 2001)

Pasul I – ***Descoperirea potențialului profund de experimentare***

Scopul acestui prim pas este de a accesa, de a aduce la suprafață, de a găsi, un potențial mai profund pentru experimentare.

Persoana trebuie să fie pregătită pentru sentimente relativ puternice. Când este gata să înceapă, persoana își poziționează corpul astfel încât să fie pregătit pentru sentimente relativ puternice, făcând aceste lucruri:

Respiră extrem de greu, profund, făcând zgomot
Scâncește
Țipă
Oftează
Șuieră
Geme
Urlă
Cloncăne
Zbiară
Scoate sunete ascuțite
Scoate sunete stridente
Mișcă brațele, picioarele și spatele cu forță și entuziasm

Face toate acestea preț de aproape un minut pentru a intra în dispoziția necesară pentru a experimenta sentimente puternice. Persoana se îndepărtează în mod radical de starea obișnuită de a simți, de a se controla și intră într-o stare extraordinară în care trebuie să rămână pe parcursul întregii sesiuni. (Mahrer, A. R., 2001)

Identificarea unei scene investite puternic afectiv. Fie terapeutul, fie persoana sau ambii selectează unele dintre următoarele întrebări – le spune cu voce tare, cu sentiment, le repetă până când o scenă încărcată afectiv îi vine în minte. Uneori o astfel de scenă este deja considerată primordială. Uneori trebuie să folosești un număr de întrebări:

Ce mă deranjează atât de mult, mă distruge, mă face să mă simt îngrozitor, îmi persistă în minte? Când am avut acest sentiment îngrozitor?

Acum, în viața mea, ce fel de sentiment am care este atât de îngrozitor, de dureros, mă distruge? Când am avut acest sentiment îngrozitor, când a fost într-adevăr rău?

Exemplu – cf. (Mahrer, A. R., 2001)

Ana, clientul începe să plângă.

„Mă simt îngrozitor....uneori are legătură cu mine, sunt rece, rănesc oamenii. Sora mea mi-a spus....ea întâmpină dificultăți în a rămâne însărcinată și s-a supărat pe mine. A spus că nu o ascult niciodată cu adevărat. A spus că și-ar dori să aibă o soră adevărată" (Ana plânge mai tare).

Sunt şi alte modalităţi de a identifica o scena investită emoţional:

Când s-a întâmplat recent, când am avut poate cel mai rău sentiment, cel mai îngrozitor, un sentiment pe care nu vreau să-l mai am vreodată. Ce se întâmpla?

În întreaga mea viaţă, acum şi când eram mică, când s-a întâmplat să am cele mai negative sentimente, atât de puternice, atât de îngrozitoare? Ce se întâmpla?

În întreaga mea viaţă, acum şi cu ani în urmă, când, chiar şi pentru un scurt moment sau mai mult, am simţit că îmi pierd minţile, că înnebunesc, că era ceva cu adevărat în neregulă cu mine? Când s-a întâmplat acest lucru?

În ultimele zile când am avut un vis? Ce fel de sentimente negative am avut în toată viaţa mea, de când eram copil, aceleaşi sentimente îngrozitoare, ca şi cum ar fi o parte din mine? Când am avut acel sentiment?

În ultima vreme, ce fel de schimbări plăcute s-au întâmplat în mine, în felul în care sunt, în felul cum mă port cu oamenii, în felul în care oamenii par să fie cu mine, o schimbare plăcută în felul în care mă simt sau mă port sau doar par a fi? Când şi unde pare aceasta a se întâmpla?

În ultima vreme, recent, când am avut unele sentimente minunate, cu adevărat fericite, de încântare? Ce se întâmpla? Când păreau acestea că se întâmplă?

Când mă uit înapoi în viaţa mea, în întreaga mea viaţă, când mi s-a întâmplat să am cele mai frumoase sentimente, cu adevărat fericite, când m-am simţit fantastic? Când s-a întâmplat? Ce se întâmpla?

De fiecare dată când apare o scenă întreabă: „Mai devreme în viaţa mea, poate cu mult timp în urmă când eram mică, când am simţit acest sentiment chiar mai puternic, mult mai deplin, mai profund? Când s-a întâmplat? Ce s-a întâmplat?

Este posibil să apară câteva scene cu puternice semnificaţii afective. Alege-o pe cea care vrei să lucrezi în această sesiune. Care pare cea mai constrângătoare, care te atrage cel mai mult?

„Când Ana s-a întors, ea a găsit un moment mai puternic afectiv, cu timp în urmă în casa părinţilor ei. Mama sa suferă, plânge, tatăl său este cutremurat, cu vocea tremurândă, acuzând-o pe Ana că nu-i pasă de familia ei, sau că este rece şi egoistă, că îşi „pălmuieşte" familia cu lucrurile pe care le face. Ana este paralizată, corpul ei este plin de o tensiune zdrobitoare în timp ce vocea tremurătoare a tatălui izbucneşte: „Nu vrem să te mai vedem niciodată! Stai departe de noi! Nu eşti fiica noastră!"

Ana decide că aceasta este scena puternic investită emoţional asupra căreia vrea să lucreze în această sesiune.

Trăieşte deplin această scenă şi fii în această scenă puternic încărcată afectiv. Urmează să foloseşti metodele care îţi dau posibilitatea să intri în această scenă, să trăieşti şi să fii în această scenă. Este extrem de reală. Eşti de fapt cu totul în această scenă. Trăieşti aceleaşi sentimente intense.

Descoperă momentul de vârf al sentimentelor puternice în această scenă. Opreşte-te în această scenă. Rămâi acolo! Fiind şi trăind această scenă cu sentimente puternice, caută activ momentul când sentimentele ating cu exactitate intensitatea maximă. Aceasta înseamnă aproape întotdeauna să cauţi, să explorezi până când descoperi de fapt acest moment exact.

Este cu adevărat o descoperire. Ana descoperă că momentul exact este când tatăl său spune: „Nu vrem să te mai vedem niciodată!" Vocea sa este foarte puternică, şi chiar

în acest moment, își îndepărtează privirea de la ea. Are o privire inexpresivă. Acesta este momentul de maximă tensiune.

În acest moment, potențialul mai profund de a experimenta este descoperit când există o schimbare calitativă în experimentare. Oprește-te asupra acestui moment descoperit de maximă intensitate. Trăind și fiind în acest moment dilatat, tu și potențialul mai profund pentru experimentare sunt la o distanță infimă unul de altul. De fapt, atingi, sau ești atins de potențialul profund când există o schimbare calitativă sesizabilă în experimentare. Ceea ce ai experimentat acum a dispărut. Starea se schimbă calitativ. Aici este o schimbare foarte importantă, totuși se întâmplă aproape instant, într-o clipă. Dacă sentimentul a fost dureros, a dispărut. Deodată, apare o nouă experiență din punct de vedere calitativ. Această schimbare poate apărea brusc, dar dramatic.

Sunt câteva modalități de a trăi și de a fi în acest moment de intensitate maximă care să te ajute să descoperi potențialul profund de experimentare:

Completează detaliul critic care lipsește. Folosește această metodă mai întâi. Trăind și fiind în această scenă exactă, completeaz-o cu mai multe detalii.

Ana completează detaliile sentimentelor sale agonizante, felul în care în care simte inima sa zdrobită, sentimentul interior de presiune. Ea detaliază tot ceea ce poate fi în legătură cu mama sa, despre propria sa postură fizică, gândurile clarificate care i se îngrămădeau în cap, privirea aceea fixă, întoarsă a tatălui său, postura sa fizică, cuvintele exacte pe care el le-a rostit, felul în care le-a spus.

Pe măsură ce completezi din ce în ce mai multe detalii critice, ceea ce se întâmpla exact în acel moment precis devine viu, poate ieși în prim plan, poate ieși la iveală din întreaga scenă. Când aceasta se întâmplă, poate apărea schimbarea. O nouă experiență are loc.

Totuși, atunci când Ana adaugă detalii importante privind spusele îngrozitoare ale tatălui ei, întorcându-și privirea de la ea, nu se petrece nici o schimbare calitativă. Încercați altă metodă:

Amplificați sentimentele intense. În momentul de intensitate afectivă, ridicați brusc nivelul trăirilor la un nivel superior.

Vocea Anei se îneacă de intensitatea sentimentelor și izbucnește: „ Nu vrei să mă mai vezi niciodată! Mă urăști! Inima mea este îndurerată atât de tare încât simt că va exploda! Această apăsare! Dumnezeule! Simt că o să mor! Oh! Oh! Dumnezeule! Oh! Oh! Oh! Ce presiune! CE APĂSARE! Deodată se produce o schimbare calitativă. Ceva nou se întâmplă. Aproape șuieră și vocea sa devine rece, dură. Aici are loc schimbarea, în timp ce spune: „NU TE POȚI UITA LA MINE..... NUUUU.... AAAAHHHHHHHHH, DDDAAAAAAAA!"

Aici Ana este atinsă sau atinge cel mai profund potențial de a experimenta. Dar presupunem că această metodă nu a funcționat. Folosiți una din metodele care au rămas, în special cea care pare să se potrivească cu ceea ce s-a întâmplat în acel moment de maximă intensitate.

Pătrundeți adânc în sentimentul îngrozitor. Începeți cu acest sentiment care este negativ, dureros, foarte intens. Pătrundeți din ce în ce mai mult în inima celui mai oribil, înfiorător, catastrofic sentiment. Care este cea mai dureroasă posibilitate, cea mai rea consecință, cea mai înfricoșătoare implicație a acestui sentiment îngrozitor? Ar putea fi: „Mă urăște! Cât de rău ar putea să ajungă să fie?, Cum ar putea fi acest sentiment mai

agonizant? Pe măsură ce adânceşti pe cât posibil acest sentiment înspăimântător, va fi atins un punct în care va apărea schimbarea calitativă. Aceasta se întâmplă când eşti destul de aproape de a simţi atingerea potenţialului adânc de experimentare.

Fii cealaltă persoană specială care prezintă. În unele dintre aceste momente de maximă intensitate, atenţia ta este atrasă magnetic, blocată asupra celeilalte persoane-obiect speciale. Mai mult, se pare că ştii că ştii ce se întâmplă în mintea acelei persoane-obiect speciale. Ştii ceva din ceea ce gândeşte, ceea ce cunoaşte, ceea ce intenţionează. Este ca şi cum simţi puţin, ştii cum este să fii această persoană-obiect specială.

Fii cealaltă persoană-obiect. Intră în pielea celeilalte persoane-obiect. Trăieşte în ea. Ia locul ei. Continuă până are loc schimbarea calitativă. Înlocuieşte sentimentele negative cu sentimente pozitive. În momentul de maximă intensitate, Ana are sentimente îngrozitoare. Să presupunem că totul în legătură cu acel moment este păstrat: cuvintele tatălui ei, felul în care spune aceste cuvinte, privirea sa fixă şi inexpresivă întoarsă de la ea, postura Anei, mama Anei în fundal. Ana înlocuieşte sentimentele ei îngrozitoare cu sentimente de bucurie exagerată:

„Îmi place! Este minunat! Ce bine mă simt!"

Stai în momentul de maximă tensiune până când are loc o schimbare calitativă, nu suprafaţa se schimbă de la sentimente pozitive la sentimente negative, ci are loc o schimbare calitativă interioară către o nouă experimentare mai profundă. Ana exclamă:

„Mă simt minunat! Este minunat!....Mai încearcă, bătrânule! Fă eforturi, oboseşte-te! Mă holbez la tine, tată! Hei...te uiţi în altă parte" Ce zici de asta! Nici măcar nu poţi să te uiţi la mine! Ai privirea aia goală! Nu mă poţi privi în faţă! Ha ha ha ha ha ha! Fricosul!

Ana atinge acum sau este atinsă de potenţialul mai profund de experimentare. Înlocuieşte sentimentul negativ cu sentimente bune, pozitive şi rămâi în momentul de maximă tensiune până simţi că schimbarea calitativă are loc şi se petrece o atingere, o strălucire a unei noi experienţe mai profunde. Pasul 1 este atins atunci când Ana atinge sau este atinsă, când ea şi potenţialul profund de experimentare sunt în contact unul cu altul; adică atunci când Ana a descoperit potenţialul mai profund de experimentare.

Pasul 2. *Întâmpină cu bucurie, acceptă, preţuieşte potenţialul adânc de experimentare*

Ceea ce fusese ascuns complet, păstrat adânc în interior, acum este chiar aici. Scopul celui de al doilea pas este de a face posibil ca persoana să se mişte de la o relaţie nearmonioasă de frică, ură, distanţă, tăinuire, de la un potenţial restricţionat la o relaţie armonioasă de iubire, acceptare, preţuire a ceea ce fusese profund.

Ana tocmai a şuierat: „NU TE POŢI UITA LA MINE..... NUUUUUU...... AAAAAHHHH....... DDDDAAAAAAAA!!!!!!!" şi sentimentul este atât de plăcut. Dar ce este această experienţă mai profundă? Este o modalitate prin care îşi dă voie să iubească şi să îmbrăţişeze potenţialul profund de a experimenta; 1. să-l numească, să descrie ce este.

Ana şi terapeutul încearcă şi ajung la aceste cuvinte: „Este un sentiment de superioritate...de duritate.....de întâlnire unu la unu.....de câştig". Cu cât poate să îl numească, să îl descrie, cu atât mai mult îl primeşte cu bucurie şi îl preţuieşte.

Sunt şi alte modalităţi prin care poate primi cu bucurie şi preţui potenţialul profund. 2. Ea savurează minunatele senzaţiile corporale care îi însoţesc descoperirea. „Când am spus, nu te poţi uita la mine", m-am simţit puternică, dură, întregul meu corp s-a simţit atât de bine". 3. Ea îşi poate verifica sentimentele acestei experienţe profunde: „Da, îmi place...Nu am simţit niciodată asta, dar aş vrea să simt, îmi place să fiu astfel". Ana râde. Sunt şi alte metode, toate ţintind spre a face posibilă mişcarea de la o relaţie negativă către una autentic iubitoare pentru acest potenţial de experimentare.

Schimbarea este extraordinară. Este un nou sentiment de pace interioară, de a fi reunit cu ceea ce eşti tu. Şi sunt şi noi senzaţii corporale care fac chiar mai minunat acest al doilea pas de apropiere iubitoare faţă de potenţialul adânc de experimentare.

Pasul 3. ***Trecerea printr-o schimbare calitativă de a fi potenţialul mai profund de a experimenta în contextul unor scene de viaţă recente şi îndepărtate***

Al treilea pas este realizat când persoana nu mai este persoana obişnuită care era şi începe să fie complet, în întregime, o persoană nouă care este potenţialul profund de a experimenta. Este un salt radical, o schimbare calitativă de a fi o persoană diferită complet şi care este ad litteram experienţa vie a unei superiorităţi complete, a unei durităţi fireşti, a unei întâlniri exuberante faţă în faţă, a unei victorii minunate. Aici este o persoană nouă calitativ în toate privinţele, de la felul în care se comportă până la felul în care vorbeşte, de la felul în care se simte până la persoana care este prezentă chiar aici.

Găseşte scene de viaţă recente, îndepărtate şi foarte îndepărtate. Fiind această nouă persoană în întregime o ajută să apară în scene din trecut. Poate folosi scene din viaţa sa recentă sau care s-au petrecut cu mulţi ani în urmă, din copilăria îndepărtată sau de când era bebeluş. Poate folosi chiar scene din viaţa mamei sale sau a tatălui său din timpul sau dinaintea concepţiei până la câţiva ani după naştere.

Se pregăteşte dându-şi voie să se afle în vecinătatea momentelor recente sau celor din trecutul îndepărtat sau de când era copil sau bebeluş. Se pregăteşte să vadă prima scenă care îi vine în minte, orice s-ar întâmpla să fie, fie că este familiar sau nu, dramatic sau nu, fie că pare potrivit sau nu.

O modalitate de a găsi aceste scene este prin descrierea potenţialului profund de a experimenta până când apar unele scene: „Sunt mică, am cinci, opt, zece ani şi mă simt superioară, dură, victorioasă, într-o confruntare faţă în faţă..."În prima scenă, ea are aproximativ zece ani. S-a încuiat în baie, mama sa furioasă fiind de partea cealaltă a uşii, uitându-se cu o furie mocnită şi cu autocompătimire spre uşă pentru că mama ei o acuză că a furat ciorapii de la spălătorie vecinei de la apartamentul alăturat.

O altă modalitate de a găsi aceste scene este de a folosi structura generală a senei iniţiale de maximă tensiune: Sunt în perioada de adolescenţă. Locuim pe Strada Crandall. Cineva spune lucruri îngrozitoare despre mine, acuzându-mă...." Repetă în continuu aceste cuvinte până când o scenă apare.

Am găsit 4 sau 6 scene folosind aceste metode.

Treci prin schimbarea calitativă pentru a fi o persoană în întregime nouă în aceste sene de viaţă. În fiecare dintre aceste scene, ea va încerca cu forţă să fie acea persoană din punct de vedere calitativ nouă cea care a experimentat superioritatea completă, nediluată, duritatea, victoria, confruntarea faţă în faţă.

Imaginaţi-vi-o ca fiind această persoană nouă radical în scena din baie şi în fiecare din scenele din trecutul îndepărtat. Imaginaţi-vi-o fiind această persoană radical nouă, completă şi deplină, autentică şi genuină, cu sentimente puternice, plină de energie şi forţă, sentimente minunate, de veselie şi exuberanţă, şi toate absorbite în siguranţă – oferind nebunie, umor, prostie, ridicol şi în întregime libertatea faţă de toate constrângerile realului.

Pasul 4. ***Fii persoana calitativ nouă în scenele ce se vor întâmpla după sesiune***

Ultimul pas este atins atunci când persoana în întregime nouă face o probă amplă şi gustă starea de pregătire şi angajare de a trăi şi de a fi în întregime noua persoană în noua lume a acestei noi persoane de azi, de mâine şi de dincolo. Persoana care părăseşte sesiunea este calitativ diferită de persoana care a venit la începutul sesiunii.

Persoana nouă calitativ găseşte situaţii şi scene iminente, revoltător de nerealiste, în care să se complacă pe deplin în a fi persoana nouă calitativ. Caută scene şi situaţii iminente care se pot întâmpla în curând sau pe care Ana le poate face să se întâmple în curând. Aceste scene iminente devin revoltător de nerealiste atunci când ni le imaginăm ca şi contexte în care trăim şi în care suntem ca această persoană nouă din punct de vedere calitativ.

Descoperă aceste scene punând această întrebare: Ce scenă iminentă

1. s-ar potrivi în mod optim şi ideal pentru noua persoană care eşti;
2. ar proveni din visele şi fanteziile noii persoane;
3. ar presupune ca noua persoană să se afle în situaţii cotidiene; spre exemplu, în timp ce te speli pe dinţi, mergi pe stradă, conversezi cu alte persoane;
4. par revoltător de imposibile şi periculos de nepotrivite;
5. sunt momente în care noua persoană din punct de vedere calitativ ar putea, ar vrea, ar trebui să fie o nouă persoană din punct de vedere calitativ.
6. sunt momente în care noii persoane i-ar plăcea să fie noua persoană sau
7. sunt reiterări iminente ale scenei iniţiale investită puternic emoţional, spre exemplu, aceea în care cineva, poate sora ei, o critică, o ceartă cu severitate, o urăşte, o acuză că este rece, că nu ascultă, că răneşte oamenii, că este egoistă?

Folosind aceste întrebări, Ana a găsit o serie de scene şi situaţii creative folositoare din contextul următoarelor zile. Aceste scene o implicau pe sora sa şi pe tatăl său, situaţii la slujba sa în spital, petrecea unei seri cu câţiva prieteni acasă la ea, mici scene obişnuite cu măcelarul la piaţă sau cu cel care trebuia să-i repare frigiderul şi scene cu Jerry şi copiii lui în apartamentul său.

Rămâi unificată şi, cu spirit ludic, fii noua persoană în scene şi situaţii total nerealiste. Ana se implică în aceste scene fiind o nouă persoană din punct de vedere calitativ şi face acest lucru cu o superioritate deplină, pură, cu duritate, victorioasă, într-o confruntare de unu la unu; 2 cu bucurie, extaz şi exuberanţă, umor delirant; 3. în contextul unei veselii nerealiste. Ea este într-adevăr o persoană nouă din punct de vedere calitativ în aceste scene şi situaţii iminente.

Persoana calititativ nouă creează scene reale. Acum este momentul să fie adăugate constrângerile realităţii. Când şi unde ar fi pregătită şi dornică noua Ana să trăiască şi să fie cu adevărat, în lumea reală post-terapie? Este timpul pentru realitate.

Noua Ana selectează două scene. Ea este pregătită şi dispusă să fie această nouă persoană care are o discuţie reală cu sora sa. Ea nu a vorbit niciodată cu adevărat cu sora ei. Şi, mai mult decât atât, Ana întrezăreşte o lume nouă cu oameni noi şi chiar cu bărbatul cu care are o relaţie, cu Jerry, care este mult mai în vârstă decât ea şi care, împreună cu cei doi copii ai săi, stă adeseori la ea, în timp ce Ana încearcă cu graţie să fie bună cu toţi trei. Repetă, modifică şi rafinează noua persoană în aceste scene până iese aşa cum este bine. Încearcă.

Noua Ana, incluzând noul sentiment de superioritate simţit, de duritate, victorie, confruntare faţă în faţă, repetă cum este să fie aşa cu sora sa. Îşi verifică corpul. Cum se simte? Sunt senzaţiile corporale minunate, îngrozitoare, absente, amorţite? Ana repetă, modifică, rafinează ceea ce face şi cum face până când simte că este bine, până când senzaţiile corporale aprobă cu bucurie.

Ana invită alte părţi ale sale să ridice tot felul de obiecţii serioase. Când nu mai sunt obiecţii spuse cu maxilarul încleştat, când senzaţiile corporale sunt minunate, când repetiţia de final este reuşită, Ana a experimentat cum este să fie această nouă persoană, având această discuţie specială cu sora sa.

Ana face acelaşi lucru în scena dintr-un viitor apropiat cu Jerry şi copiii lui. Vor veni la ea acasă diseară din nou. Cum este noua Ana pregătită să fie? Repetiţia şi modificările şi cizelarea culminează cu o poziţie nouă, justă, fermă în confruntarea cu angajamentul nerostit, cu această problemă sufocantă îngropată sub vălul unei amabilităţi trucate. Ea este pregătită şi dornică să fie această nouă Ana cu Jerry şi copiii, poate chiar în acea seară.

Această nouă Ana vede cum este să te confrunţi cu reiterarea iminentă a acestei scene iniţiale dureroase. „Surioara nu este însărcinată. Ea este furioasă pe tine! Nu o asculţi cu adevărat! Eşti rea! Ea îşi doreşte să fi avut o soră adevărată! Hai, Ana, plângi! Simte-te rău! Ea are dreptate! Ana chicoteşte! „Frumoasă încercare, Kim. Fii serios! Poţi mai mult de atât! Hai, dă tot ce poţi! Apoi am şi eu câteva lucruri de reglat cu tine" Scena şi-a pierdut intensitatea dureroasă. Ana este o noua Ana în întregime.

Ia-ţi angajamentul să fii o persoană nouă din punct de vedere calitativ, cu noi feluri de a fi şi de a te comporta, în scenele şi situaţiile repetate. Sesiunea este încheiată când Ana îşi ia angajamentul să fie această nouă persoană în aceste moduri noi, în aceste noi scene iminente cu sora sa, cu Jerry şi copiii lui. Da! Vreau! Intenţionez să o fac! Persoana care părăseşte biroul este o persoană nouă, cu potenţialul de experimentare anterior profund acum ca parte integrantă a ceea ce este această nouă persoană: plăcută, armonioasă, adecvată, experimentând un încântător sentiment de superioritate, duritate, victorie, confruntare frontală.

După sesiune, fii cu adevărat noua persoană în noile scene şi situaţii ale lumii noi din afara terapiei. Sesiunea este cu adevărat încheiată când noua Ana îşi face temele. Să devii în întregime o noua Ana în şedinţa de terapie este o realizare impresionantă. Dar de fapt să fii în întregime o nouă persoană în scenele şi situaţiile de viaţă este mult mai util în a face posibil ca noua Ana să prindă viaţă. Deci ce s-a întâmplat? (Mahrer, 2001)

Şcoala experienţială de la Chicago, a cărui promotor şi iniţiator este ***Eugen Gendlin***, care a dezvoltat o formă de terapie de tip experienţial numită Focusing-Oriented Psychotherapy (Gendlin, 1996). O psihoterapie centrată pe focalizare.

Psihoterapia centrată pe focalizare *îşi are originea în munca de pionierat a filosofului şi psihologului Eugene Gendlin de la University of Chicago, unde acesta a avut colaborări cu Carl Rogers. Activitatea lui Gendlin a fost onorată prin trei mari premii din partea American Psychological Association (APA). Gendlin a primit din partea American Psychological Association (APA) premiu "Distinguished Professional Psychologist of the Year" oferit de divizia clinică a APA, un premiul din partea Philosophical Psychology Division şi împreună cu [The Focusing Institute] a primit un premiul din partea diviziei umaniste în august 2000.*

Iată şi câteva exemple din cărţile şi articolele sale filosofice: Experiencing and the Creation of Meaning, 1997; Language Beyond Post-Modernism: Saying and Thinking In Gendlin's Philosophy, 1997 ambele aparute la Northwestern University Press. A fost fondator şi editor pentru revista diviziei clinice a APA: Psychotherapy: Theory Research and Practice. Cartea sa de referinţă "Focusing" a fost vândută în sute de mii de exemplare în 12 limbi. Alte titluri include: Let Your Body Interpret Your Dreams, and *Focusing-Oriented Psychotherapy. El rămâne un filosof şi psiholog American de largă recunoaştere şi apreciere internaţională.*

Focalizarea este accesul direct la o cunoaştere corporală. Astăzi oamenii sunt la diferite distanţe, mai mari sau mai mici faţă de această cunoaştere. Pentru a şti cine eşti nu e nevoie să te gândeşti. Cunoşterea este trăită fizic, corporal în corpul nostru şi putem destul de uşor să aflăm asta. Dar această cunoaştere poate fi aprofundată, amplificată şi putem afla cum să permitem senzaţiilor subtile corporale să se releveze indiferent de situaţie sau problemă. Corpul este în temă, cunoaşte situaţia la modul global, cunoaştere ce nu poate fi obţinută printr-o enumerare separată a părţilor. Observăm că ideea aceasta stă la baza gestaltismului şi într-adevăr privind îndeaproape corpul, acesta se manifesă şi funcţionează ca un gestalt.

Cu ocazia momentelor dificile de viaţă, puţini oameni pot rămâne cu propriile lor senzaţii corporale mai mult timp. Menţinerea atenţiei susţinută pe aceste senzaţii corporale ne conduce spre o cunoaştere directă a situaţiei corporale, iar procedeul poartă numele de focalizare. Focalizarea are loc la nivelul profund al simţurilor. Ea se derulează dincolo de gânduri, memorie sau senzaţiile cotidiene, familiare. Deşi concrete, aceste senzaţii profunde pot fi opace şi neclare iniţial. Ele devin clare pe măsură ce putem focaliza atenţia asupra lor.

Focalizarea, aşa cum a fost dezvoltată de Gendlin, se realizează în şase paşi. Focalizarea poate fi făcută şi de unul singur, însă iniţial e bine să existe un partener avizat cu care să lucrezi. Apare astfel ideea de parteneriat în focalizare. Focalizarea nu înseamnă terapie, ea ţine mai degrabă de creşterea şi dezvoltarea personală, de autoactualizarea persoanei. Dar ea devine instrument de lucru în psihoterapia orientată pe focalizare, focalizarea fiind mult mai eficientă în timpul sesiunii de lucru, când este continuată şi potenţată de cadrul şi relaţia terapeutică.

Unul din fundamentele teoretice ale acestei forme de terapie se află în ceee ce vine de după postmodernism şi poartă denumirea de ordine implicită sau cum o numeşte Gendlin, dintr-o filosofie a implicitului. „Obiectivismul" priveşte experienţa umană ca pe o banală iluzie, o emanaţie a structurii şi chimiei creierului iar „relativismul" susţine că experienţa umană e doar o manifestare a unui context cultural, istoric şi lingvistic.

> *Filosofia implicitului propusă tocmai de noile concepte din fizică şi biologie caută să înţeleagă corpul uman într-un mod cu totul diferit. Corpul nu este o maşinărie, ci mai degrabă o minunată interacţiune cu tot ceea ce se află în jurul său, motiv pentru care şi încearcă să cunoască. Diferitele culturi nu ne creează, ele doar adaugă o elaborare ulterioară. Corpul este întotdeauna cu câţiva paşi înainte. (Gendlin, 1996)*

În conformitate cu maniera experienţială de lucru, teoriile nu sunt nici adevărate, nici false. Ele nu sunt adevărate pentru că aserţiunile lor nu există în mod concret în experienţa umană decât sub formă de afirmaţii. Şi nu sunt nici false pentru că ele pot facilita oamenilor experienţe care altfel ar lipsi din viaţa lor. Experienţa actuală este capitală, restul este consecutiv.

Unul din avantajele forte ale acestei viziuni este faptul că reuşim să facem mult mai multe plecând de la propria experienţă decât de la concepte. Experienţele nu se contrazic unele pe altele. Teoriile da.

Schimbarea reală are loc prin modificarea felului în care problema este trăită corporal într-un nou mod şi nu printr-un nou mod de a gândi problema.

Iată în continuare câteva aspecte relevante privind apariţia şi dezvoltarea psihoterapiei orientată pe focalizare, aşa cum a fost ea denumită de Gendlin.

Psihoterapia orientată pe focalizare este o familie de psihoterapii inspirată de focalizare, iar rădăcinile sale se află în filosofia implicitului (Eugene Gendlin), în nenumăratele rezultate ale cercetărilor din psihoterapie şi în psihoterapia rogersiană. Esenţială pentru această orientare este atenţia îndreptată explicit către o senzaţie trăită corporal (focalizare). Senzaţia corporală este cea care conţine totalitatea unei situaţii. Noi informaţii apar din această senzaţie corporală şi rezonează cu corpul astfel încât înţelesul este trăit mai departe (nu doar cunoscut). Noi direcţii de schimbare sunt posibile pornind de la această nouă deschidere. Deoarece conţinutul nu defineşte metodologia, aspectele unice ale persoanei în client şi în terapeut devin centrale pentru procesul psihoterapeutic. (Lee, Robert L., 2003)

Acest nivel al schimbării pe care îl presupune senzaţia corporală se desfăşoară în toate procesele umane; astfel, focalizarea aduce profunzime oricărei abordări terapeutice. Atunci când te focalizezi şi funcţia implicitului în schimbarea terapeutică nu este cunoscută, atunci psihoterapia (indiferent de orientare) îşi poate pierde potenţialul de iniţiere profundă şi schimbare de durată. Aceasta se întâmplă deoarece insight-urile, emoţiile şi schimbările comportamentale nu sunt verificate cu sau modificate de senzaţia corporală. Numai dacă există o rezonanţă în corp (fiinţare întrupată, corporalizată), o persoană „se simte diferit" şi „simte diferit". Spre exemplu, clienţii au spus: „Am trecut de nenumărate ori peste acelaşi material. Am avut multe insight-uri în trecut, dar nu simt că m-am schimbat cu adevărat". Sau „Am lucrat foarte mult să-mi schimb gândurile care apăreau când eram furios, dar încă mă simt furios". (Doralee Grindler, Lee, Robert L.,).

Un psihoterapeut orientat pe focalizare ştie cum să facă posibil ca atenţia clientului să fie adusă spre nivelul corporal şi cum să găsească paşii cu care să înainteze pornind de aici. Această competenţă a fost dezvoltată de terapeut prin propria practica a focalizării împreună cu un partener. De obicei nu este posibil să foloseşti bine focalizarea în psihoterapie fără să ai iniţial o practică în focalizare alături de un partener. Folosirea profesionistă a focalizării trebuie să fie din interior spre exterior. Psihoterapeuţii orientaţi pe focalizare ştiu cum să distingă între senzaţie corporală şi lucruri asemănătoare, înrudite, dar diferite: emoţie, senzaţie fizică, imagini mintale, cele patru funcţii ale lui Jung, hipnoză, meditaţie, catharsis, lucrul cu energia şi dialogul interior. (Gendlin, 1996)

Pentru a înţelege resorturile care au concurat şi condus în cele din urmă la apariţia acestei forme de psihoterapie să aruncăm un ochi peste timp.

Psihoterapia orientată pe focalizare s-a dezvoltat din colaborarea în anii 1950 în cadrul Universităţii din Chicago dintre Carl Rogers, fondatorul Psihoterapiei Centrată pe Client şi filosoful, Eugene Gendlin. Revendicându-se din tradiţia filosofică a lui Dilthey, Dewey, Merleau-Ponty şi McKeon, Gendlin a creat o Filosofie a „Implicitului" şi a aplicat-o la ceea ce făcea Rogers. El a întrebat ce se întâmplă de fapt când sunt prezente condiţiile empatice. Din această interacţiune s-a cristalizat o teorie a schimbării personalităţii (Gendlin, 1964) şi psihoterapia (Gendlin, 1996), care presupunea o schimbare fundamentală de la atenţia acordată conţinutului – ceea ce discută clientul – la maniera procesului – cum relaţionează clientul cu experienţa. După ce a examinat sute de transcrieri şi ore întregi de interviuri psihoterapeutice înregistrate, Gendlin şi Zimring au formulat variabila Nivelului de Experimentare.

O Scală Procesuală şi în cele din urmă Scala Experienţei (Klein et al 1969, 1986) au fost create pentru a o măsura. Ipoteza era că clienţii care au mai mult succes în terapie vor manifesta o capacitate crescută de a se referi direct la experienţa simţită corporal. (Lee, Robert L., 2003) Spre surprinderea şi descurajarea lor, unele rezultate indicau că Nivelul de Experimentare la începutul terapiei prezicea un rezultat. (adică terapia nu îmbunătăţea nivelul de experimentare). Clienţii care începuseră deja terapia şi erau capabili să vorbească din propria lor experienţă interioară se descurcau bine, iar aceia care începuseră fără a avea capacitatea de a face acest lucru, nu au învăţat neapărat şi au avut un rezultat slab. Ca răspuns al problemei că eşecul putea fi prevăzut de la început, au fost create instrucţiuni specifice pentru a-i învăţa pe oameni cum să realizeze acest proces important, care a fost numit „focalizare" (Hendricks, 2002)

Învăţarea focalizării a condus la dezvoltarea unui practici parteneriale echitabile pentru a susţine şi adânci capacitatea de a se referi la şi de a vorbi din propria experienţă interioară (Gendlin, 1978). În această practică o persoană (cel care se focalizează) foloseşte senzaţiile corporale pentru a explora o problemă şi pentru a găsi paşii următori în timp ce o altă persoană susţine procesul prin ascultare experienţială care este similară, dar şi diferită de stilul rogersian de ascultare. A se asculta pe sine cu atenţie (ceea ce face cel care se focalizează) a devenit o descriere a focalizării şi a învăţa să asculţi cu atenţie pe cei care se ascultă cu atenţie pe ei înşişi (procesul celui care ascultă) a devenit din ce în ce mai important în asimilarea acestei practici şi în adaptarea ei la alte contexte. Focalizarea a devenit sinonimă atât cu învăţarea manierei de accesare a senzaţiei corporale atunci când se lucrează asupra unei probleme CÂT ŞI CU practica alături de un partener, aceasta fiind modalitatea principală prin care oamenii pot susţine şi extinde ceea

ce au învăţat în loc să uite. Focalizarea a condus la multe aplicaţii în multe domenii – psihoterapie, creşetere personală autoasistată, medicină, educaţie, spiritualitate, creativitate, dezvoltare organizaţională, lucrul cu corpul, construirea teoriei şi filosofiei – pentru a numi câteva. Psihoterapia este domeniul cel mai dezvoltat. (Lee, Robert L., 2003)

Alte cercetări. Într-o recenzie a peste 100 de studii care au fost făcute în legătură cu focalizarea şi psihoterapia, Marion Hendricks a relatat: „Descoperirea că un nivel înalt al capacităţii de focalizare corelează cu succesul se menţine indiferent de cultură, orientare terapeutică, populaţii diferite de pacienţi şi diferite modalităţi de măsurare a rezultatelor. Relaţia client-terapeut este recunoscută ca fiind un factor major care face ca o terapie să fie reuşită, pe lângă efectele specifice orientării. Capacitatea de focalizare pare a fi un alt asemenea factor. Ar trebuie să se ia în considerare dacă clientul procesează informaţiile de la nivelul senzaţiei corporale, indiferent de orientarea terapeutică. (Hendricks, 2002)

Psihoterapia orientată pe focalizare (FOT) are un istoric interesant. Timp de 20-30 de ani prezenţa focalizării în rândul terapeuţilor în diferite ţări a înregistrat o uşoară creştere. În afară de SUA unde a fost înfiinţată, s-a răspândit în Germania, Austria, Anglia, Elveţia, Spania, Japonia, Canada, Chile şi Argentina. Există un spirit liber în ceea ce priveşte apariţia FOT. Este o tendinţă slabă de a formaliza ierarhic şi de a controla FOT. Compatibilă cu tradiţia rogersiană, valorizează egalitarismul şi reţinerea de la a crea prea multă ierarhie. Astfel, Psihoterapia orientată pe focalizare nu este numai teoria strălucită a lui Gendlin (1964, 1996), ci şi un set comun, dar diferenţiat de practici provenind simultan de la un grup internaţional de psihoterapeuţi practicieni de-a lungul unei perioade de timp. (Lee, Robert L., 2003)

Un exemplu scurt. Agnes Wild-Missong este un psiholog elveţian care s-a întâlnit cu Gendlin şi cu focalizarea în 1970. Ea a predat procesul independent şi l-a folosit în psihoterapie de atunci şi este recunoscută ca fiind una dintre fondatoarele focalizării în Europa. Ea a combinat focalizarea cu şamanismul, aceasta fiind una dintre pasiunile sale. Versiunea sa de psihoterapie este repede recunoscută ca fiind psihoterapie orientată pe focalizare şi totuşi este unică în acelaşi timp.

Acest fond comun dar cu diferenţieri este de fapt caracteristica particulară a psihoterapiei orientată pe focalizare şi este o parte a filosofiei implicite în termenii dezvoltării sferice a teoriei – mişcându-se în multe direcţii de la un punct, mai degrabă decât liniar. (Lee, Robert L., 2003)

Cele 4 faţete ale Psihoterapiei orientate pe focalizare conform lui Lee, Robert L. (FOT)

Faţeta 1: ***FOT ca elaborare a psihoterapiei rogersiene***

Este reţinut mult din tradiţia rogersiană. Clientul ca sursă de schimbare, relaţia egalitaristă, 3 condiţii de creştere (empatie, congruenţă şi atitudine pozitivă necondiţionată), valorizarea persoanei, relevanţa social-politică a opoziţiei faţă de autoritarism sunt încă prezente. Diferenţa majoră este noţiunea de senzaţie trăită care apare la o limită neclară şi care are o prezenţă corporală care poate fi înscrisă şi care conduce la următorii paşi. Mai mult, acordul de a fi directiv, dar orientat în proces, nu orientat asupra conţinutului este de asemenea diferit.

Faţeta 2: ***FOT ca focalizare pe "interacţionând cu"***

A) Orientări (ex. Psihologia eului, medicină comportamentală, psihoterapie centrată pe corp)
B) Modalităţi (ex. Terapie de grup, terapie de cuplu, terapie infantilă)
C) Probleme specifice (ex. Cancer, anxietate, traumă)

(Lee, Robert L., 2003)

Focalizarea este extraordinară prin capacitatea sa de a reuni alte orientări, servind drept cale spre acestea şi ca modalitatea de a le elabora. (Lee, 2000, Winhall). Este o sursă fertilă pentru crearea unor metode speciale de lucru cu tot felul de probleme şi teme în psihoterapie. Această „interacţiune cu" poate fi la fel de simplă ca şi cum ar fi să sugerezi senzaţia corporală sau poate conduce la elaborări specifice sau la o „intersectare" fundamentală şi productivă. (Gendlin, 1995)

Faţeta 3: ***FOT ca Focalizare „în acţiune"***

(Lee, Robert L., 2003)

De către psihoterapeut în timpul şedinţei (ex. Terapeutul foloseşte felul în care îl simte pe client pentru a alege tipul de intervenţie potrivită). Capacitatea de a folosi senzaţiile trăite fluid fără a avea nevoie de timp şi însoţire, aceasta fiind situaţia terapeutului în timpul psihoterapiei, de obicei necesită o practică largă în focalizarea împreună cu un partener şi o vastă practică a focalizării în psihoterapie până în punctul în care senzaţia corporală este menţionată în mod obişnuit în orice situaţie, iar paşii următori se pot întâmpla curgător, fără a fi nevoie de pauza formală şi întreaga atenţie îndreptată asupra senzaţiei trăite. Focalizarea în situaţia terapeutului care ajută un client implică cum să fii, ce intervenţie să foloseşti sau nu, ce orientare să abordezi sau nu. Noi modalităţi de lucru pot apărea în mod regulat (vezi lucrarea lui Gendlin Lasă-ţi corpul să interpreteze visele, 1986, pentru a folosi focalizarea cu abordările majore ale viselor în lucrul cu visele).

Faţeta 4: ***FOT ca psihoterapie combinată cu trainingul de focalizare împreună cu un partener***

(Lee, Robert L., 2003)

Valenţele trainingului de focalizare împreună cu un partener în care cineva învaţă să se ghideze spre şi înăuntrul senzaţiilor trăite şi să asculte şi să însoţească pe cineva care se focalizează sunt multiple pentru psihoterapie. Trainingul de focalizare împreună cu un partener poate funcţiona ca:

a) pregătirea pentru terapie pentru a utiliza acest proces care presupune mult efort mult mai eficient,
b) un training diferit care are loc în acelaşi timp pentru a accelera terapia şi pentru a promova un rezultat pozitiv,
c) un training simultan cuprins în psihoterapie
d) după terapie pentru a continua explorarea psihologică profundă
e) ca substitut pentru psihoterapie în unele cazuri.

Stadii în dezvoltarea psihoterapiei orientată pe focalizare

Psihoterapia orientată pe focalizare tinde să fie folosită diferit cu fiecare faţetă şi să treacă prin mai mute stadii.

Stadiul 1 – **Instrumentul**

Iniţial, terapeuţii cu formare în focalizare, folosesc focalizarea drept instrument sau tehnică pentru a-i ajuta în alte specializări. Acest stadiu poate dura mult timp. Adeseori, o altă orientare sau terapie de familie sau arie de interes este formarea de bază – Adleriană, psihologia eului, psihoterapeut buddhist, rogersian, psihologie umanistă, psihologie comportamnetală, medicină comportamentală, terapie IMAGO, EMDR.

(Lee, Robert L., 2003)

Stadiul 2 – **Elaborarea**

În stadiul al 2-lea, un terapeut începe să descopere bogăţia şi adaptabilitatea focalizării şi îşi creează elaborările proprii ale orientării sau specializării sale. Spre exemplu, un terapeut în acest stadiu ar putea să creeze o modalitate de a aduce focalizarea în afirmaţiile cognitive opuse (o tehnică din psihoterapia comportamentală) care îmbunătăţeşte acea tehnică. În acest stadiu, focalizarea devine o terapie auxiliară celorlalte orientări şi specializări ale terapeutului.

(Lee, Robert L., 2003)

Stadiul 3 – **Principiul Fundamental**

În stadiul al 3-lea, productivitatea, bogăţia focalizării atinge cote maxime funcţionând în elaborarea altor specializări şi de asemenea focalizarea şi FOT devin mai elaborate prin întrepătrunderea cu alte orientări. În acest stadiu, o nouă teorie şi practică ies adesea la iveală, focalizarea şi/sau filosofia implicitului fiind principiul organizator fundamental.

(Lee, Robert L., 2003)

Stadii ale utilizării terapeutice ale FOT în cele patru faţete

Faţeta 1: ***FOT ca elaborare a psihoterapiei rogersiene***

Instrument: ex. „Cum se simte asta în corpul tău" ca întrebare pentru identificarea primară a senzaţiei corporale în psihoterapia rogersiană sau în psihologia umanistă

Elaborare: ex. Terapeutul ajută clientul să dezvolte ascultarea activă prin focalizare în câteva şedinţe. Acum ascultătorul simte senzaţii în corpul său în timp ce ascultă.

Principiul Fundamental: E.G. Atitudine pozitivă necondiţionată, un termen cheie în teoria rogersiană este acum definit şi folosit în noua modalitate de focalizare care îmbogăţeşte teoria rogersiană şi teoria focalizării.

(Lee, Robert L., 2003)

Faţeta 2: ***FOT ca focalizare pe "interacţionând cu"***

A) <u>Orientări</u> (ex. Psihologia sinelui, medicină comportamentală, centrare-corporală)

Instrument: ex. Lucrul cu o durere de cap, terapeutul întreabă cum se simte clientul în corpul său.

Elaborare – ex. Terapeutul îl roagă pe client să descrie efectul senzaţiei corporale la fiecare intervenţie contra durerii

Pricipiul Fundamental – ex. Terapeutul creează multiple intervenţii de focalizare pentru durerile de cap şi le combină cu structuri medicale comportamentale tipice. Creează o teorie despre schimbările mici care duc la schimbări mari.

B) Modalități (ex. Terapia de grup, terapia maritală, terapie infantilă, terapie de cuplu)

Instrument: ex. Terapeutul învață Clientul să asculte activ partenerul marital în terapia maritală.

Elaborare: ex. În situațiile de conflict terapeutul dezvoltă o modalitate de a folosi senzația corporală pentru a câștiga în eficiență.

Principiul Fundamental: Terapeutul dezvoltă un stil de terapie maritală care este implicat de focalizare, dar nu face parte din ea. Se bazează pe puțin recunoscuta capacitate a senzației corporale de a face parte din empatia exprimată.

C) Probleme specifice (ex. Cancer, anxietate, trauma)

Instrument: ex. Terapeutul folosește primul pas în a învăța focalizarea, clarificarea spațiului, pentru a ajuta la gestionarea anxietății într-o sesiune, sugerând clientului să încerce să o lase deoparte.

Elaborare: ex. Folosind respirația controlată pentru gestionarea anxietății, clientul mai întâi își verifică senzațiile și le descriu. Avansând cu aceste exerciții, ei continuă să descrie periodic senzațiile trăite care îi ajută pe clienți să observe progresul mai repede.

Principiul Fundamental: ex. Terapeutul dezvoltă o terapie a anxietății, ei folosesc aspecte subtile ale focalizării care ajută la desfacerea și dispariția problemei elaborând ceea ce este anxietatea și elaborând noi aspecte ale focalizării în acest proces.

Fațeta 3: ***FOT ca focalizare de către psihoterapeut***

Principiul Fundamental: (se cere ca un terapeut să poată practica focalizarea în spații scurte (10 secunde) și/sau pe fundal în timp ce este prezent cu clientul. Terapeutul alege momentul intervenției, orientarea care se potrivește clientului, intervenția, cu ajutorul senzațiilor trăite. Intervențiile deja sunt legate de focalizare sau terapeutul le dezvoltă spontan. Alte orientări generale (umanistă, comportamentală, psihodinamică, cognitivă, transpersonală) sunt alese astfel încât să se potrivească clientului în fiecare etapă a psihoterapiei sau ședinței. Această fațetă a focalizării este de obicei remarcată când focalizarea a devenit un principiu organizator fundamental.

Fațeta 4: ***FOT ca psihoterapie combinată cu trainingul de focalizare împreună cu un partener***

Instrument: ex. Clienții sunt uneori recomandați pentru trainingul de focalizare împreună cu un partener

Elaborarea: Clienții sunt uneori recomandați pentru trainingul de focalizare împreună cu un partener ca o preparare, ca o finalizare sau ca substitut pentru psihoterapie în funcție de evaluarea gradului de colaborare dintre client și terapeut

Principul de bază: ex Predarea focalizării cu partener poate fi integrată în psihoterapie. Formarea avansată în focalizare fiind adevărata încheiere a psihoterapiei. Limitările în deprinderea focalizării sunt considerate a fi indicii referitoare la defecte de caracter.

(Lee, Robert L., 2003)

Cele opt caracteristici ale unui proces experiențial (Gendlin, E. T. 1996)

Pentru a înțelege etapele schimbării care au loc în procesul terapeutic trebuie să le luăm în considerare din interior. Noi examinăm procesul pacientului și amânăm discuția despre intervențiile terapeutului.

Perspectiva din interior poate fi necunoscută unor cititori. Este punctul de vedere al persoanei care simte, face față situației și se luptă cu un câmp de experiențe exterioare și interioare. Acolo noi găsim gânduri și percepții și odată cu ele și o experiență corporală simțită direct. Experiența corporală devine mai distinctă dacă i se acordă atenție.

„Sursa" simțită direct

Din inconștient poate țâșni ceva fără ca persoana să poată simți sursa de unde provine. Spre exemplu, cineva își poate aminti un vis, îi poate trece un gând prin minte, sau o imagine îi poate apărea, emoții puternice de asemenea îl pot invada. Acțiunile și jocul de rol se pot ivi spontan. Este deja recunoscut că acestea provin din „niveluri inconștiente" atât de profunde încât nu se poate simți sursa. Dar este de asemenea posibil (la niveluri diferite de profunzime) să simți sursa direct. Poate exista o conștientizare directă a „zonei de graniță" între conștient și inconștient. Spre exemplu, dacă cineva plânge, această persoană își poate întoarce atenția în interior și poate simți „locul de plâns" de unde izvorăsc lacrimile. Sau dacă apare o emoție puternică, persoana se poate concentra asupra simțului interior din care acea emoție face parte. O imagine care apare nu trebuie să rămână doar vizuală, ci poate fi însoțită de o senzație fizică, o calitate, poate de o aură. O astfel de imagine nu este pur și simplu enigmatică și incomprehensibilă sau explicabilă numai prin interpretare. Va fi de asemenea o înțelegere interioară care nu este conceptuală și nu poate fi verbalizată. Imaginea poate conduce direct la semnificația sa.

Chiar și într-o simplă conversație un individ poate atent la ceea ce se petrece în interior astfel încât ceva simțit direct poate ajunge la conștiință. Cineva se poate opri și simți locul locul în care cineva vrea să ajungă, locul de unde cineva vorbește. Acest simț este întotdeauna mult mai bogat decât ceea ce se poate spune în cuvinte, și nu se poate ști tot ceea ce este sau ar putea fi. Asta înțeleg eu prin „implicit".

Fără a simți direct sursa clientul poate experimenta doar ceea ce a ieșit la suprafață. După aceea nu pot fi adăugate decât interpretări. Clientul nu are o experiență directă a sursei și nici un impuls de a merge mai departe. Nu sunt decât materialul și interpretările terapeutului.

În schimb vom vedea că sursa a ceea ce iese la suprafață poate fi simțită direct. Se va dovedi că acest aspect va o importanță deosebită în terapie și în dezvoltarea persoanei. În ceea ce urmează voi încerca să descriu caracteristicile acestui simțit direct.

Lipsa inițială de claritate

Simțirea directă a sursei implicite este întotdeauna neclară la început: vagă, imprecisă, nerecognoscibilă ca o emoție distinctă sau ca un sentiment familiar. Cu toate acestea este simțită ca fiind distinctă.

Să experimentezi ceva care este neclar diferă de a experimenta o emoție; știm sigur că suntem furioși, triști sau veseli. De asemenea, diferă de sentimentele familiare chiar dacă acestea nu se încadrează în categorii universale. Ceea ce cineva simte în „zona de graniță" este neclar, căci persoana nu știe ce să spună sau cum să o caracterizeze.

Totuşi ea este definită prin aceea că se poate simţi cu siguranţă că are propria sa calitate unică. Nu poate fi discutată fără această calitate unică, nenumită şi nu poate fi convinsă că este un alt sentiment. Din această perspectivă este foarte definită.

Gândiţi-vă la o persoană care vă povesteşte despre o problemă. După 20 de minute persoana se opreşte. Tot ceea ce putea fi spus despre acea problemă fusese spus – şi totuşi....problema este simţită ca fiind mai mult de atât. Limita este simţită dar este neclară. În acel moment e posibil ca persoana să nu fi fost capabilă să meargă mai departe, să atingă limita, dar a ajuns acolo. Discomfortul pe care îl cauzează problema este limita; este mai mult decât poate fi spus. E posibil ca persoana să nu umple timpul cu discutarea problemei pentru că tăcerea rămasă este incomfortabilă. În timpul unei asemenea perioade persoana poate pierde sentimentul corporal al limitei.

Putem vedea neclaritatea limitei combinată cu frica în exemplul nostru despre abordarea unei persoane atractive la o petrecere. Pentru unii oameni ar exista această limită neclară: „Cred că ştiu ce înseamnă frica; Întotdeauna mi-a fost frică să iau o decizie singur. Mi-e frică că o să greşesc. Dar....hm....." Această persoană are sentimentul limitei. „Hmm" este senzaţia simţită. Sau, dacă nimic nu pare apărea, un sentiment distinct, dar neclar, poate să apară în curând.

Uneori experienţa unei persoane nu pare a avea nici o limită o perioadă îndelungată. Adeseori limitele par să lipsească deoarece ritmul în care vorbeşte persoana este prea rapid. Pentru a sta cu ceva direct simţit sunt necesare câteva minute de tăcere. Poate fi vorba despre anxietate. Oamenii continuă să vorbească, să treacă la altceva şi în curând să meargă spre un punct şi mai îndepărtat. În acest fel majoritatea oamenilor stau în afara lor. O altă modalitate prin care clienţii stau în afara lor este să se autocritice ca şi când ar fi o voce critică din exterior. Ei sunt supăraţi şi, deşi simt direct cauza problemelor, ei nu invită sentimentul direct al problemei să le vorbească mai departe. Ei ignoră limitele şi repetă învelişul principal. (Hendricks, 1986)

Dar voi arăta cum îi putem ajuta să se oprească, să intre în interior şi cum să ajutăm apariţia unei limite neclare, simţite direct.

Apariţia de senzaţii corporale

Sentimentul direct al zonei de limită apare corporal, ca o senzaţie fizică, somatică. Se simte în zona viscerală, în zona pieptului sau a gâtului, într-un loc specific în mijlocul corpului. Este un anumit tip de senzaţie corporală, şi o voi descrie mai exact în cele ce urmează. Este simţită în interior, nu ca o senzaţie fizică externă precum muşchi încordaţi sau un gâdilat al nasului. (acestea joacă un rol, însă unul diferit).

Destul de ciudat, mulţi oameni nu-şi pot simţi corpurile din interior. Spre exemplu, unii oameni îşi pot simţi degetele de la picioare numai dacă mai întâi le mişcă. Unii spun că trebuie să preseze degetele de la picioare de pantofi. Cu siguranţă aceşti oameni au şi emoţii intense dar le localizează „peste tot" sau în şi în jurul capului. Fără o procedură specială în aceste cazuri, corpul poate rămâne neimplicat în procesul terapeutic. Dar o asemenea persoană poate în curând să înveţe să simtă corpul din interior. („Cum este în pieptul tău sau în stomac acum?" şi va descoperi astfel că fiecare îngrijorare poate forma o senzaţie unică în corp. Ceea ce este caracteristic acestei senzaţii este că la început este neclară, apoi în curând se dovedeşte a fi sursa din care complexitatea experienţială a oricărei nelinişti va apărea.

Termenul lui Freud de „subconştient" se referea la ceva diferit de aceasta: acele conţinuturi de care noi suntem conştienţi dacă alegem să fim, precum sunt amintirile şi sentimentele disponibile. Prin comparaţie, el s-a gândit că materialul „inconştient" nu poate fi simţit oricând dorim. Freud s-a gândit în termeni de conţinut, de „material". Pentru el subconştientul este tărâmul materialului disponibil.

La ceea ce mă refer este stratul inconştient care va fi adus în discuţie. Acesta este la început simţit somatic, nu încă cunoscut sau deschis, nu încă în „preconştient". Freud nu a avut un termen pentru acest strat. Nici în limbajul comun nu există pentru el. Acum îl numim „senzaţie simţită". Uneori l-am numit „un referent direct". Asociaţiei libere a lui Freud sau tehnicilor imaginaţiei active ale lui Jung le lipseau acest caracter somatic. Uneori era inclus, dar nu era notat concret. Spre exemplu, în asociaţia liberă apărea „un blocaj". Freud atunci interpreta blocajul. Implicit pacientul se concentra asupra blocajului – probabil un discomfort simţit direct care părea la început impenetrabil. Dar această senzaţie directă nu era scoasă în evidenţă. O interpretare directă ar putea atunci schimba şi deschide blocajul.

Pentru unii dintre cititorii mei atenţia interioară examinată aici va fi familiară. Ei vor şti cum este să îţi îndepărtezi atenţia de la cuvinte şi gânduri spre interiorul corpului sau cel puţin spre sentimente. Alţi cititori pot avea nevoie de puţin ajutor. Ca în exemplu, uneori decizi că ţi-e foame pentru că nu ai mâncat de ceva timp. Dar de obicei simţi direct în corpul tău dacă ţi-e foame sau nu. Asemănător, poţi verifica direct dacă te simţi confortabil în interior.

O senzaţie corporală directă, la început neclară în zona de limită nu este întocmai senzaţia obişnuită corporală; nu este o emoţie, un gând, un conţinut definit.

Modul nostru obişnuit de gândire împarte experienţa în două entităţi discrete: gânduri, sentimente, amintiri, dorinţe, senzaţii corporale etc. În exemplul nostru de la începutul capitolului, te gândeşti că nu ai nimic de pierdut dacă abordezi persoana. Te simţi încordat şi speriat, şi de asemenea, furios pe tine însuţi. Îţi poţi aminti alte momente în care s-a întâmplat asta şi poate chiar unele amintiri din copilărie, de asemenea. Doreşti persoana respectivă sau vrei să o abordezi. Ai o imagine despre cum să faci acest lucru. Simţi o senzaţie fizică a inimii care bate accelerat. Aceste experienţe sunt distincte una de cealaltă. Dacă ar fi fost să-ţi spui ţie însuţi: „Cum simt această situaţie fizic?" chiar şi întrebarea este confuză. Implică un mod neobişnuit de a simţi. Suntem obişnuiţi ca termenii „fizic" şi „corp" să se refere doar la senzaţii. Putem să simţim fizic o situaţie? De obicei ne gândim la o „situaţie" ca fiind din exterior, şi o separăm de interiorul nostru.

Presupunem că simţi centura ca fiind prea strânsă. O lărgeşti şi te simţi mai bine. Strânsoarea era senzaţia fizică. Dar presupunem că lărgeşti cureaua şi senzaţia de strânsoare rămâne. Atunci aceasta este senzaţia fizică a situaţiei.

Prin „a simţi" de obicei înţelegem emoţii bine cunoscute precum „ a fi speriat" sau „furios". Dar poţi avea un sentiment distinct care încă nu a dezvăluit ceea ce conţine. Acesta este o senzaţie pe care o simţi corporal.

Uneori avem experienţe care depăşesc bariera dintre gând, sentiment, dorinţă, imagine şi senzaţie corporală, dar nu adeseori. Nu este nici o combinaţie dintre acestea. Deşi poate apărea odată cu unul dintre acestea, şi de asemenea poate conduce la unele dintre ele, o senzaţie simţită diferă de toate celelalte. Este senzaţia corporală a unei situaţii, probleme sau aspect al vieţii.

De obicei unei senzaţii trebuie să i se permită să apară; nu este deja acolo. O senzaţie este nouă. Nu este deja acolo ca un obiect simţit corporal. Apare inedit, cumva aşa cum apar lacrimile sau căscatul.

Senzaţia din exemplul nostru nu este sentimentul de teamă – deşi acesta este o parte din ea, ca şi orice alt aspect al întregii probleme. Nu este ritmul accelerat al inimii, nici amintirile, nici dorinţa de abordare, nici furia pentru propria incapacitate. Dacă atenţia este direcţionată către mijlocul corpului, senzaţiei i se permite să apară. Ea apare, într-un fel, „din jurul" sau „de sub" furie sau „odată cu" bătăile accelerate ale inimii sau ca şi calitate fizică pe care memoria o aduce cu sine.

Dacă se exersează suficient, astfel de experienţe ciudate pot avea loc, experienţe pe care acum le numim „percepţie simţită" (senzaţie corporală). Multe persoane în psihoterapie sau în afara ei au învăţat acest lucru sau l-au descoperit. (vezi Gendlin, 1981). Alocând ceva timp se pare că orice tip de persoană poate învăţa să distingă senzaţiile corporale, de la persoanele spitalizate etichetate drept „psihotice", până la studenţi, copii şi artişti creativi – practic oricine.

Senzaţia corporală este un întreg

O caracteristică a acestei senzaţii corporale este că este experimentată ca un întreg complex. Se poate simţi că include multe fire încurcate, răsucite, complicate. Nu este uniformă ca o bucată de fier sau de unt. Mai degrabă este un întreg complex, o multiplicitate implicată într-o singură senzaţie.

Prin apariţia unei asemenea senzaţii corporale singulare apare o eliberare, ca şi cum corpul ar fi recunoscător că i se permite să creeze propriul său fel de a fi un întreg. Senzaţia corporală devine ceva prin ea însăşi, un fapt, un dat, ceva ce este acolo. Persoana are acel ceva care este acolo. Este ceva ce ai, dar nu ceva care eşti.
Înainte erai acel fel de a fi. Acum eşti noua fiinţă care este în desfăşurare, căci simţi cum eşti. Cum erai este acum ceva ce ai în faţa ta. A devenit obiectul de care te preocupi.

Etapele schimbării apar din senzaţiile corporale

(paşii în direcţia schimbării)

Când apare un pas spre schimbare dintr-o senzaţie corporală, acesta transformă întreaga constelaţie. Ar putea fi un pas mare dramatic sau unul foarte mic, dar este o schimbare în natura întregului. O asemenea schimbare sau „mutaţie" este experimentată fără îndoială în corp. Se poate avea sentimentul continuităţii, întregul se schimbă iar această schimbare este simţită direct şi fizic.

Orice pas va aduce o persoană mai aproape de ea însăşi.

Într-o asemenea etapă sau mutaţie, persoana se simte diferit. Mai sunt multe de arătat despre ceea ce înseamnă „sine" în acest tip de etapă experienţială. Un asemenea pas este (poate o mică) dezvoltare a întregului centru al persoanei.

Pe măsură ce o persoană ajunge să aibă sentimentul acestui întreg ca un obiect începe să apară o diferenţă între sine şi acea senzaţie. „Ea este acolo. Eu sunt aici". Este, într-un fel de a spune, o dezidentificare concretă. „Oh...eu nu sunt acea senzaţie". O senzaţie corporală permite descoperirea faptului că o persoană nu este senzaţia corporală. Când cineva are o senzaţie corporală, acea persoană devine mai profund ea însăşi.

Paşii sunt în direcţia creşterii

Un pas are propria sa direcţie de creştere. Direcţia nu poate fi impusă. Totuşi este de mare ajutor a se şti ce este o direcţie de creştere.

Pentru moment sunt mulţumit dacă cititorul doreşte să interpreteze afirmaţia mea conform căreia există o direcţie a procesului ca valoare pe care eu (şi terapeuţii ca mine) o întrevăd în cadrul procesului. Este vorba despre dezvoltarea persoanei.

O comparaţie cu catharsisul va explica ceea ce vreau să spun. Să presupunem că o persoană este cuprinsă de furie intensă, mai multă decât persoana poate controla sau gestiona. În terapie aceasta poate implica ţipat, dat din picioare, sau lovirea unei perne. Mai târziu persoana se poate simţi mai bine. Oamenii de asemenea descoperă că furia îi distruge. Dar în timpul exprimării furiei persoana se poate simţi luată de val precum o coajă de nucă de un ocean.

Prin comparaţie, când partea centrală a unei persoane sau sinele interior se extinde (într-o direcţie), se întăreşte şi se dezvoltă, eul devine mai puternic. Persoana – mă refer la cea care se fereşte din spatele ochilor – devine mai mult ea însăşi. Forţa crescândă şi dezvoltarea persoanei sunt esenţiale pentru o terapie reuşită.

Prin catharsis persoana se poate de asemenea dezvolta, dar de obicei, lasă persoana la fel de mică şi fragilă ca şi înainte. Atunci persoana poate fi în contact cu sentimentele, chiar cu cele „corporale”, şi totuşi creşterea nu a avut loc.

Dezvoltarea apare când dorinţa de a trăi şi de a face lucruri sunt stârnite profund în interior, când dorinţele şi speranţele unei persoane, când percepţiile şi evaluările exprimă a nouă siguranţă, când capacitatea de a sta pe propriile picioare creşte, când persoana poate ţine cont de ceilalţi şi de nevoile lor. Persoana ajunge să simtă propria existenţă suficient de solidă pentru a dori să fie aproape de ceilalţi aşa cum sunt. Este dezvoltare când cineva este atras de ceva care este interesant în mod direct şi când cineva vrea să se joace. Este dezvoltare când ceva se trezeşte în interior, ceva ce a fost imobil şi tăcut, reprimat, aproape mut şi când energia vitală curge într-un fel nou.

Dar cum apare această creştere? Desigur, dacă creşterea continuă o perioadă de timp mai lungă, putem observa cu uşurinţă rezultatul. Dar cum pot fi recunoscute începuturile acestei creşteri astfel încât noi să o putem ajuta sau cel puţin să nu o împiedicăm? Ce face o persoană astfel încât să nu pară prea dramatic dar care să conducă la acest rezultat?

Înainte ca o astfel de dezvoltare să fie evidentă, sunt multe mici provocări, multe devieri ale energiei care se sforţează să trăiască şi să se dezvolte. Ele pot apărea cu paşi foarte mici. Putem vedea acest lucru în următorul exemplu din primul interviu:

Clientul: Ea a spus că sunt insensibil. A spus-o ani la rândul înainte să divorţăm. Şi este adevărat, ea vedea tot felul de lucruri la alţi oameni, iar eu nu vedeam nimic.

Terapeutul: Pare adevărat, ceea ce a spus ea.

C: Da, este adevărat. Aş vrea să-mi schimb insensibilitatea. Este unul din motivele pentru care vin la terapie. Nu vreau să fiu o persoană insensibilă. Am parcurs un drum lung, totuşi. Când eram tânăr, nu ştiam nimic despre sentimente.

T: Când te uiţi în urmă te simţi destul de bine în legătură cu realizările tale.

C: Am reuşit de asemenea şi cu slujba mea actuală, care este aproape de vârf, şi nu sunt cunoscut ca fiind o persoană dură.

T: Ai reuşit fără să fii o persoană rea.
C: (plânge) La naiba! Nu ştiu de ce plâng. E stupid!
T: Ceva s-a trezit în tine care spune: „Nu sunt o persoană rea!"
C: Asta să fie?
(Gendlin, E. T., 1996)

Unii terapeuţi nu ar fi ştiut să surprindă faptul că simţea că deja parcursese un drum lung. Atunci clientul nu ar fi spus şi celelalte lucruri pozitive. Unii terapeuţi sunt obişnuiţi să lucreze doar cu ceea ce este greşit; adeseori ignoră lucrurile pozitive care se ivesc în persoană.

În acest exemplu este uşor de observat ceea ce vreau să spun prin direcţia de creştere pentru că el a spus mai multe lucruri pozitive şi pentru că rezultatul a fost dramatic. Fiinţa interioară s-a trezit la viaţă, motivele sale pozitive şi eforturile sale fiind recunoscute de terapeut şi de el. Fiind mişcat interior, el plânge.

Nu este nevoie ca terapeutul să fie de partea vreunuia; terapeutul nu a spus că el nu este o persoană rea sau că fosta sa soţie a greşit. A fost suficient să răspundă percepţiilor clientului ca fiind distincte de ale altora. Se poate observa că acele percepţii au semnificaţii coerente interioare. Aici, acestei persoane foarte criticate i se recunosc propriile percepţii. Aceasta îl conduce de asemenea spre a da propriilor percepţii recunoaştere, credit. Ca rezultat, fiinţa sa interioară, mult timp strivită şi redusă la tăcere, ţâşneşte la viaţă. Este surprins şi nu ştie ce s-a întâmplat.

Dar un asemenea efect poate apărea mai discret. În general este bine să primeşti şi să spui în schimb lucruri pozitive pe care reuşesc să le spună despre ei înşişi. Acest lucru se aplică oricărui lucru de care clientul este interesat, oricărui lucru pe care îl iubeşte sau orice este unic pentru el. Este posibil să vedem sau nu fiinţa sa interioară trezindu-se, dar putem simţi că răspunzând acelor lucruri se realizează un moment de contact cu interiorul persoanei.

Nimic nu este mai important decât interiorul persoanei. Terapia există pentru interiorul persoanei; nu are alt scop. Când interiorul fiinţei se trezeşte la viaţă, sau doar este provocat puţin, agitat, este mult mai important decât diagnoza sau evaluarea.

În transcrierea pe care o voi prezenta în continuare, veţi observa că terapeutul sugerează în mod activ anumite valori. Cred că puteţi judeca că nu acest lucru va cauza rezultatul.

Nu avem nevoie de o presupunere metafizică că procesele umane întotdeauna se mişcă către starea de sănătate. Nu vrem un optimism nefondat. Cu atâta suferinţă şi distructivitate în jurul nostru, optimismul este o insultă pentru aceia care suferă. Dar pesimismul este o insultă adusă vieţii. Viaţa are întotdeauna traiectoria sa ascendentă, orice altceva s-ar întâmpla.

A urma sau încuraja o direcţie de creştere este foarte diferit de promovarea unui set de valori, a unei idei de „bine" sau de „rău". Conţinuturile nu sunt statice. Ceea ce pare rău în curând se deschide şi schimbă ceea ce credem că este rău. Prin urmare răul şi binele trebuie regândite tot aşa cum toate noţiunile conţinutului trebuie regândite.

Teoria nu poate direcţiona procesul pe care îl discutăm pentru că are propria sa direcţie. Dar teoria (un nou tip de teorie) poate găsi această „direcţie" chiar dacă nu este definibilă în termeni de conţinut.

Conştientizez faptul că este neconvingător să spui că ceva rău va evolua în ceva bun. Aş rămâne eu însumi neconvins dacă ar trebui să mă bazez pe ceea ce am spus aici. Transcrierea pe care o prezint în următorul capitol va face posibil studiul unui asmenea pas în detaliu.
(Gendlin, E. T., 1996)

Paşii pot fi explicaţi numai retrospectiv

Ceea ce va fi un proces stadial nu poate fi dedus sau inferat în avans. Este aproape întotdeauna mult mai specific şi mai frumos construit decât orice altă teorie ar putea să infereze, chiar şi în cazurile rare când presupunerile sunt corecte. Privind retrospectiv, odată ce o etapă a avut loc, este posibil să inserezi paşii logici retroactiv, să relaţionezi cu felul în care apărea problema înainte ca pasul să fie făcut. După schimbare, se poate înţelege progresul. Dar nu poate fi anticipat în avans. Trebuie să se aştepte ca pasul să aibă loc concret.

Iată un rezumat al celor opt caracteristici ale senzaţiei trăite:

1. O senzaţie trăită formează zona de limită între conştient şi inconştient.
2. Senzaţia trăită are la început doar o calitate neclară (deşi unică şi inconfundabilă).
3. Senzaţia trăită este experimentă corporal.
4. Senzaţia trăită este experimentată ca întreg, o singură informaţie care este complexă în interior.
5. Senzaţia trăită trece prin stadii; se schimbă şi se deschide pas cu pas.
6. Un pas aduce persoana mai aproape de a fi acel sine care nu este orice conţinut.
7. Procesul are propria lui direcţie de creştere.
8. Explicaţiile teoretice ale unui stadiu pot fi aduse doar retrospectiv.

(Gendlin, E. T., 1996)

Şcoala de psihoterapie experienţială din Bucureşti, al cărui promotor este ***Iolanda Mitrofan***, şi-a început activitatea la câţiva ani de la schimbarea regimului politic în România. Primele demersuri experienţiale au existat şi anterior în cadrul Clinicii de Expertiză Medicală şi a Muncii, Bucureşti unde activa cu ani în urmă Iolanda Mitrofan, pe vremea aceea cercetător ştiinţific gradul I.

Prof. dr. univ. Iolanda Mitrofan, îşi începe activitatea în manieră experienţială încă din 1977 de când lucra la Institutul de Expertiză Medicală şi Recuperarea Capacităţii de Muncă, Laboratorul de cercetare şi recuperare a invalizilor neuro-psiho-senzoriali, obţine titlul de doctor în psihologie în 1986, în specializarea Terapii creative experienţiale. Din 1990 cercetător pr gradul I, în cadrul Laboratorului de cercetare din IENMRCM.

Între 1996–1998 formează şi supervizează prima echipă de specialişti în Consiliere şi Psihoterapie Experienţială de Grup, formată din 25 de specialişti cu master, recunoscuţi de Ministerul Educaţiei Naţionale, în cadrul unui Program al Universităţii Bucureşti, în parteneriat cu Fundaţia Soros pentru o Societate Deschisă. Fodator al REVISTA DE PSIHOTERAPIE EXPERIENŢIALĂ, al SOCIETĂTII DE

PSIHOTERAPIE EXPERIENTIALA ROMÂNA (SPER), al primului CENTRU UNIVERSITAR DE DEZVOLTARE PERSONALĂ, CONSILIERE şi PSIHOTERAPIE EXPERIENŢIALĂ care funcţionează în cadrul Universităţii Bucureşti. Publică nenumarate articole şi cărţi printre care şi Jocurile conştienţei sau Terapia Unificării, Ed. Sper, 1999, Orientarea experienţială în psihoterapie, Dezvoltare personală, interpersonală şi Transpersonală, Ed. Sper, 2000, Terapia Unificării – o abordare holistă a dezvoltării şi a transformării umane, Ed. Sper, 2004, Analiza transgeneraţională în terapia unificării, Ed. Sper, 2005 s.a

Odată cu apariţia grupului de lucru, dezvoltarea acestei forme de terapie a cunoscut o dezvoltare exponenţială nefiind deloc lipsită însă de originalitate, dar şi de pragmatism.

După cum susţine însăşi autoarea, Iolanda Mitrofan (Mitrofan, 2000)

„Centrată mai curând pe dezvoltarea personală, interpersonală (de grup) şi mai nou, transpersonală, orientarea experienţială grupează mai multe şcoli (metode), care integrând creator reperele fundamentale ale gândirii psihanalitice şi fără a ignora contribuţiile valoroase ale abordărilor cognitiv-comportamentale, schimbă perspectiva abordării clienţilor (pacienţilor) într-un efort de operare transformativă asupra calităţii şi mecanismelor procesului de autocompensare şi restructurare internă. Accentul se comută de la cauze (v. psihanaliza) şi efecte (v. comportamentalismul) la dinamica procesuală ce se desfăşoară între aceste două „centre de interes" pentru terapeut. Inevitabil, experienţa trăită, „aici şi acum", „spaţiul" fenomenologic individual, intragrupal şi transpersonal, constituie miezul acestei orientări, fertilizate semnificativ de teoriile câmpului şi de cele sistemic-holistice, dar valorificând deopotrivă metode şi tehnici occidental – orientale, multe dintre ele preluate din disciplinele sapienţiale tradiţionale.

Fundamentul teoretic îl constituie psihologia umanistă şi gândirea existenţialistă şi fenomenologică.

Toate psihoterapiile experienţiale sunt preocupate de dinamica transformărilor şi restructurărilor intrapsihice şi interpersonale, lansând persoana pe o traiectorie de maturizare, participare şi decizie responsabilă în procesul propriei deveniri, pe stimularea potenţialului de autoactualizare şi autodezvoltare, de integrare armonioasă în raport cu sine, cu alţii şi cu lumea. Aceasta presupune un efort constant, progresiv, de extensie a conştienţei de sine, de autocunoaştere şi de unificare bio-psiho-socio-spirituală.

În mod firesc, aceste terapii şi-au creat şi o nouă metodologie centrată pe ***activarea resurselor, creativităţii şi redescoperirii spontaneităţii şi autenticităţii.*** *Metodele şi tehnicile experienţiale redeschid fiinţa umană către latura sa pozitivă şi autotransformativă, prin cunoaşterea şi acceptarea matură şi responsabilă a semnificaţiilor laturii sale negative, reconectând-o cu Sinele şi cu potenţialul ei de dezvoltare creatoare şi de evoluţie spirituală.*

În opinia noastră, abordarea holistică, unificatoare, reintegratoare şi transformativă ni se pare cea mai potrivită pentru omul mileniului trei. Anticipăm o dezvoltare semnificativă a psihoterapiilor holistice, sistemice, centrate pe optimizarea şi transformarea creativă a fiinţei umane, în sensul unei re-naturalizări şi extensii a capacităţilor sale de cunoaştere şi acţiune, având în vedere criza complexă de ecosistem cu care se confruntă societatea actuală la cumpăna dintre milenii. " (Mitrofan, 2000)

Abordarea experienţială din România a trebuit să capete o formă specifică nevoilor celor din această parte a lumii. Este bine cunoscut faptul ca patologiile nu sunt omogen distribuite pe suprafaţa globului. Există o serie de factori de la cei personali, familiali şi până la cei culturali şi politici a căror amprentă o găsim pe diferitele psihopatologii.

Experienţialismul aşa cum s-a dezvoltat iniţial în România a trebuit să răspundă acestor nevoi ale clienţilor. Aşa s-a ajuns ca dezvoltarea personală într-un cadru experienţial să se răspândească foarte repede şi să găsească ecouri în aproape toate colţurile ţării.

Nevoile de exprimare liberă, exprimarea agresivităţii în cadrul terapeutic şi transformarea ei în comunicare asertivă, nevoia de manifestare creativă (atât de reprezentativă pentru acest popor), autenticitatea şi spontaneitatea în relaţie au constituit pietrele de temelie pe care s-au mulat şi pe care s-au construit tehnici specifice în decursul anilor dezvoltând astfel experienţialismul la noi în ţară.

Dezvoltarea personală a început cu tinerii şi a continuat şi cu alte categorii de vârstă, experienţa arătând că ea este la fel de bine receptată la orice vârstă.

Tehnicile metaforice, interacţiunile de grup, climatul adesea tipic rogersian, tehnicile provocative, experienţele de lucru cu corpul, toate s-au acumulat şi sunt la ora actuală un deosebit de util material şi fond de lucru, de cercetare.

Specific pentru aceasta psihoterapie este focalizarea nu doar pe trăirile intrapsihice individuale, existând momente când tot grupul participă la experienţa individuală a unui membru, cât şi pe paternurile relaţionale de grup, dar şi pe legătura dintre acestea şi trăirile intrapsihice individuale. Spre deosebire de alte forme de psihoterapie experienţială, de ex. cea a lui Greenberg care nu utilizează resursele grupului, în România dezvoltarea şi sistematizările ulterioare au ţinut mereu cont de aceată realitate şi a preferat adesea demersul de tip integrativ, trecându-se uşor de la grup la individ şi invers.

O primă consecinţă a acestor acumulări a fost prima cristalizare metodologică şi practică a ceea ce poartă numele de terapia unificării, elaborată de Iolanda Mitrofan (Mitrofan, 2000)

Dezvoltarea experienţialismului în România nu s-a oprit aici, a continuat aşadar şi perspectivele par a fi promiţătoare, deja deschizându-se multe direcţii de cercetare. Un prim pas a fost apariţia unei noi ediţii a *Psihoterapiei Unificării* în 2004, ediţie revizuită şi îmbunătăţită care aduce noi perspective în abordarea experienţială.

Premise conceptuale ale Terapiei Unificării (Mitrofan I., 2004) în viziunea autoarei, văd prezentul prin acel ACUM văzut drept un summum dinamic de experienţe care „se înfăşoară" ca un ghem, lărgind (dilatând) simultan ceea ce ne-am putea imagina drept un câmp sau un spaţiu de manifestare a Conştiinţei. De aceea, experienţe parcurse în momente diferite ale existenţei par a fi identice sau reluări, altele pot fi percepute simultan sau ca şi cum s-ar întâmpla sincron, tot aşa cum „firele" energo-informaţionale ale unui „ghem", sunt suprapuse intim, întretăiate, reluate la alt nivel al profunzimii ghemului, interferând şi uneori înnodându-se sau încurcându-se. Deşi alcătuiesc acelaşi fir, ele niciodată nu sunt identice, tot aşa cum fiecare secvenţă a experienţei de conştientizare şi cunoaştere este unică.

Funcţionând holistic, fiinţa umană este o „realitate ce devine neîncetat" pe care o putem numi Spaţiul Transformator Ego-SINE (STES). Ţi-l pot prezenta simbolic sub forma unei sfere al cărei interior se constelează perpetuu ca rezultantă a modului specific,

original şi imprevizibil, de la o persoană la alta, în care se interconectează experienţele subiective, simultan pe mai multe axe teoretice, funcţionale, ca duble intrări (polare). (Mitrofan I., 2004)

Aceste axe sunt doar repere ale HĂRŢII de procesare a informaţiilor şi de direcţionare sau utilizare a energiilor care dezvoltă şi susţin procesul vieţii (bio-psiho-spiritual). Ele construiesc schema de interconectare sau „temelia" programelor (softurilor) personale de evoluţie şi nu se confundă cu conţinutul acestor programe şi nici cu codurile simbolice şi semnificaţii pe care le păstrează sau le restructurează în dinamica experienţei dezvoltării. (Mitrofan I., 2004)

Principalele repere ce configurează „profilul" dinamic, al devenirii fiinţei umane, în fiecare clipă, sunt trei:

1. Axa Rolurilor Identitare sau a tranziţiei de la Ego la Sine care asigură funcţia de CONSERVARE şi UNIFICARE interioară, echilibrantă a fiinţei umane, pe orizontală şi în adâncime;
2. Axa Timpului care asigură funcţia de DEZVOLTARE şi reperizează planul şi procesul „desfăşurării" ei, spiralate, ciclice, pe diagonală;
3. Axa Conştientizării, care asigură funcţia TRANSFORMATOARE şi procesul de „re-înfăşurare" experienţială, pe verticală şi în adâncime, ce stă la baza extinderii, aprofundării şi modificării calitative a cunoaşterii în general şi a celei de sine şi de altul, în special, pe direcţia evoluţiei şi integrării spirituale.

(Mitrofan I., 2004)

Axa Rolurilor Identitare: Masculin-Feminin şi Patern-Matern care pot fi reprezentate grafic sub forma a două axe perpendiculare, interconectate sub forma simbolului crucii, ce „sectorizează" în patru cadrane Spaţiul TES. „Ghemul experienţial" la scara dezvoltării tinde să se desfăşoare dinspre Sine (nucleul inefabil şi primordial al fiinţării) către Ego – ca formă de manifestare identitară exprimată şi configurată dinamic prin roluri, patternuri şi strategii adaptative, (mai mult sau mai puţin eficiente) ce personalizează individul. Pe măsură ce se desfăşoară, creând „spaţiul personalizat al trecerii" de la Sine la Ego, simultan, „ghemul experenţial" se şi reînfăşoară, sporind sau dilatând Egoul pe seama „integrării" sau „neintegrării" propriilor experienţe de dezvoltare, atât pozitive, cât şi negative autoblocante. Cele 4 roluri identitare, fiind polare în manifestările lor, ele constituie 8 „rădăcini" şi tot atâtea direcţii de integrare (teme de lucru terapeutic) în procesul unificării interioare Egoului care tinde către re-integrarea cu Sinele. Ai să te întrebi cum poate creşte Egoul pe seama experienţelor neintegrate psihologic...Ei bine, este principala lui „ştiinţă" de a se construi simultan din „zgură" şi din „diamant", parazitându-şi sau ignorându-şi „diamantul" iscat în propria-i evoluţie, (prin transformarea zgurei), dar şi preschimbându-şi „diamantul" în „zgură" ori risipindu-l, acumulând cu fervoare şi sporindu-şi „mizeriile existenţiale" pentru care metafora „zgurei" este prea neîncăpătoare. Egoul are tendinţa să se ataşeze şi să nu renunţe la propriile-i „reziduuri" şi experienţe traumatizante, („zgura") pe care le reiterează dureros sau le reprimă şi depozitează pe termen lung. Are tendinţa de a se impurifica. Ele devin un fel de „deşeuri psihologice" care, deşi pot fi toxice, stochează potenţiale energii, tot aşa după cum cărbunii din adâncuri dacă îi scoţi la suprafaţă pot deveni un combustibil nepreţuit, încălzindu-te şi luminându-te. (...) (Mitrofan I., 2004)

Integrarea experienţei fricii, mâniei, urii, agresivităţii, lăcomiei, invidiei prin repolarizare (sau sublimare, cum ar zice Freud) echivalează cu activarea unei noi resurse creatoare, o rezervă energetică ce poate susţine un salt „spiritual", mai ales dacă persoana este şi sprijinită şi însoţită terapeutic, în acest sens. (...) Constelaţia STES a fiecărei persoane se autogenerează experenţial, fiind o funcţie de nivelul integrării şi unificării celor patru roluri identitare, definitorii pentru fiinţa umană (corespondente simbolice celor patru elemente fundamentale ale lumii noastre: Aer-Apă în rezonanţă cu axa masculin-feminin (fiu-fiică) şi Foc-Pământ corespondente axei rolurilor parentale (tată-mamă).

Interesant şi demn de remarcat aici este faptul că aproape toate culturile din diverse epoci şi până astăzi au continuat să promoveze o simbolizare a realităţii ontologice de tip matricial mai sus amintită, sub forma aceasta a elementelor primordiale ale naturii. De fapt acestea sunt mai degrabă simbolizarea unor procese energetice transformative care sunt redate la nivel simbolic prin transformarea elementelor primordale unul în celălalt. Există adesea menţionat un alt element "eterul" care este de fapt sursa celorlalte patru. Există chiar un izomorfism între procesele fiziologice, dar nu numai, din organismul uman şi trasformările acestea ale elementelor primordiale, adesea numite principii fundamentale ale Creaţiei. Pamântul corespunde sistemului osos şi muscular, Apa corespunde sângelui, limfei, urinei, şi tot ce e lichid în organism, Focul corespunde proceselor metabolice, Aerul (vântul) corespunde proceselor respiratorii şi de circulaţie a acestuia în organism dar şi proceselor emoţionale, iar eterul corespunde proceselor psihice, atitudinilor, etc. Dincolo de prezentarea aproape speculativă rămâne totuşi o realitate adesea prea frapantă în coincidenţe pentru a fi ignorată.

Cele patru elemente alcătuiesc împreună un fel de „matrice ontologică arhetipală cosmică", ce transmite principalele caracteristici şi forţe de manifestare, simbolizate sau reflectate în configuraţia identitară a fiecărei persoane, care poate prezenta grade diferenţiate de integrare psihologică a celor patru elemente-forţă definitorii (matriceale). Ele sunt conectate cu celelalte două axe reper, cea temporală şi cea a calităţii conştientizării. Această conexiune determină raporturi de consonanţă sau disonanţă între cele patru faţete ale eului polar, conferind fiecărei persoane, în evoluţia sa un stil funcţional unic, o identitate ce se schimbă calitativ, în măsura în care îşi integrează şi unifică cele patru posibilităţi de manifestare comportamentală. (Mitrofan I., 2004)

Axa Timpului (Trecut, Prezent, Viitor) este reperul care dă Egoului direcţie, sens al procesului de vieţuire şi manifestare, dar îi creează şi uriaşe provocări, ce pot conduce la blocaje, interferenţe şi confuzii energo-informaţionale. (Mitrofan I., 2004)

Este direct implicată în „translatarea" experienţelor neintegrate şi a patternurilor anterioare (atât adaptative, cât şi dezadaptative), în „spaţiul de manifestare al experienţelor actuale şi indirect, ulterioare, adică de la o situaţie la alta, de la o relaţie la alta, de la un rol la cel polar (conex), şi de la o generaţie la alta. Adesea, experienţe anterioare invadează „câmpul" subiectiv şi obiectiv actual, unele persoane practicând cu asiduitate „trăirea" şi „gândirea" în Trecut pe care o extind şi o confundă cu Prezentul. Altele se lansează şi se „pierd" în Viitor, adică în imaginar, pe care de asemenea, îl „trăiesc" în Prezent, ceea ce le decuplează de la realitate. (Mitrofan I., 2004)

Axa calităţii Conştientizarii Se desfăşoară pe taiectoria Inconştient-Constient-Transconştient, nefiind neapărat concordantă sau suprapusă pe axa Timpului. Inconştientul se desfăşoară şi în prezent cu riscul unor dereglări semnificative de adaptare în timp ce Constientul şi Transconştientul sunt eminamente legate de prezent, ele nu pot fi nici în trecut nici în viitor. Transconştientul poate accesa mai uşor trecutul „arheologiei" experienţiale. Are în acelaşi timp funcţie de re-înrădăcinare a fiinţei umane în experienţele reale parcurse dar uitate, ori neacceptate.

Rolul metaforei în psihoterapia experienţială a unificării

Lucrul cu metafora este nu numai deblocant şi activator în sens analitic şi autotransfigurativ, ci şi un **excelent diluant al rezistenţelor şi un catalizator al autonomiei experimentale a clientului,** o cale de a-l face să se simtă nu doar în siguranţă, ci şi responsabil de deciziile sale şi autor al propriilor strategii rezolutive de viaţă. Astfel, se produce treptat, **efectul de creştere sau maturizare psihologică,** evitându-se orice dependenţă terapeutică, întrucât, pe parcursul procesului terapeutic oamenii învaţă să devină ei înşişi, să creadă în resursele lor personale şi să le experimenteze în realitatea lor existenţială, să le modifice în funcţie de propriile lor opţiuni. În consecinţă, ei învaţă să se autovalorizeze şi să acţioneze, liber, matur, adaptativ, creativ. (Mitrofan I., 2000)

Metafora este doar creuzetul terapeutic în care se alchimizează treptat şi în deplină conştientizare de sine, trăirile, stările, atitudinile, cogniţiile şi comportamentele personale, concepându-se proiectul devenirii de sine. Ea permite persoanei să se experimenteze pe sine, în calitate de autor şi personaj al propriilor sale scenarii de viaţă, de regizor şi de actor, de martor şi de evaluator şi, evident, de sfătuitorul cel mai avizat al propriei fiinţe.

O parte dintre scenariile metaforice pe care le practicăm cu grupurile experienţiale, au fost structurate sub numele **"Să experimentăm lumea"**, un set de exerciţii care cuprinde jocuri **simbolice interactive, utilizând cele patru elemnte fundamentale: aer, foc, apă, pământ**. La baza conceperii acestor exerciţii se află convingerea noastră că echilibrul fiinţei umane se întemeiază pe **acordul cu şi unificarea la nivelul personalităţii a celor patru dimensiuni esenţiale – structurate pe două axe evolutive bipolare : masculinitate/feminitate consonând simbolic cu axa aer/apă şi paternitate-meternitate redată simbolic prin axa foc/pământ**. Conform acestei aserţiuni, integrarea în deplină armonie a celor patru principii cosmice de structurare a fiinţei umane şi reflectarea lor în comportament, ca expresie a personalităţii, asigură evoluţia ei, interioară şi exterioară, ca parte integrantă a Universului.

Pentru noi, sănătatea şi împlinirea persoanei, actualizarea de sine, nu poate urma decât **principiile, legile şi modelele naturale, energetice şi informaţionale, universale ale existenţei.**

Gândind holistic, sincronicitatea, conexiunile şi multiplele consonanţe care dau sens şi semnificaţie vieţii noastre ca individualităţi, creează **continuitatea** deplină între interior şi exterior, ceea ce explică **iluzia** noastră socială de a fi diferiţi, altcumva sau altceva decât lumea pe care o percepem. Pe de altă parte, această iluzie se repercutează în interioritatea noastră psihică, creând aparente bariere sau rupturi între conştient, inconştient şi transconştient, sau provocând iluzorii fragmentări între multiplele aspecte

sau "fațete ale personalității" – măști și roluri cunoscute sau ignorate, acceptate sau respinse, asumate sau neasumate. (Mitrofan I., 2000)

A lucra experiențial pe **simboluri universale**, reordonatoare pentru lumea subiectivă a persoanei (incluzând autopercepții, reprezentări, idei, strategii, înțelegeri și autoevaluări) constituie în terapia unificării șansa unor succesive integrări a aspectelor consonante ale personalității,(corespondente principiilor naturale de bază exprimate simbolic), a unor transformări reparatorii operante asupra aspectelor disonante sau incomplete, precum și a unei re-unificări interioare de nivel superior. (Mitrofan I., 2000)

Restructurarea personalității prin depășirea stării de fragmentare a Eu-lui se produce prin conștientizarea, acceptarea, armonizarea "părților" și reconectarea lor prin procesul de re-semnificare. Adesea re-semnificarea înseamnă o experiență de **transgresare, de clarificare superioară, de salt în autocunoaștere și în cunoașterea realității în general, prin schimbarea perspectivei, de extindere a câmpului conștienței.** Acest fenomen se produce spontan, prin deblocarea canalelor de corespondență între nivelul conștient și inconștient de stocare și operare a informațiilor și energiilor, prin intermediul jocului metaforic ce utilizează cele patru simboluri fundamentale, ca o "interfață" de regăsire și reconstruire a lumii interne prin intermediul celei externe. (Mitrofan I., 2000)

O serie de alte situații metaforice provocative, cum ar fi **perceperea spațiului interior** și derularea unei **călătorii imaginare** "aici și acum", experimentarea modului în care te confrunți cu obstacolele sau cu blocajele interioare – prin exercițiul **"zidul"**, ori cum faci față dificultăților de a intra în contact cu alții, problemei autoizolării sau excluderii sociale – prin exercițiul **"cubul"**, sau cum îți poți activa resursele și reevalua constructiv – prin exercițiul **"darurile"**, constituie modalități terapeutice experiențiale utilizate frecvent în terapia unificării. Ele au avantajul de a suscita spontan optimizări "tehnice" profitabile terapeutic și creative din partea participanților înșiși. Desigur, "tehnicile" adesea se iscă, se nasc din și în întâmpinarea nevoilor acestora și ale grupului ca întreg. Fiecare experimentează cu sine și împreună, fiecare devine important pentru toți și prin aceasta, își reconstruiește, extinde și reintegrează o nouă imagine de sine și un comportament mai adaptat și mai creativ în relațiile cu mediul.

Reevaluându-se mai realist și mai responsabil, membrii unui grup de dezvoltare personală participă la **o experiență comună de unificare și transfigurare**, de maturizare afectivă, cognitivă, comportamentală și spirituală simultan, ceea ce le conferă șansa unei traiectorii de viață în acord cu potențialitățile autoactualizate.
(Mitrofan I., 2000)

Etapele metodologice ale procesului terapeutic în T.U. (cf. Mitrofan I., 2004)

Terapia experiențială a Unificării, fiind o abordare holistică care respectă principalele atribute funcționale ale dezvoltării umane spontane, naturale, din perspectiva sistemului coaxial tridimensional de referință (Axa integrării Ego-Sine, Axa Temporală și Axa Conștientizării) reflectă în metodologia sa patru etape de acțiune, care constituie pilonii procesului terapeutic, desfășurat pe parcursul unei perioade variabile de la 1 la 2 ani, sub forma reluării unor cicluri de 3 zile de lucru intensiv (maraton), cu o ritmicitate de la 1–3 luni (cel puțin 4 cicluri pe an, adică tot atâtea câte anotimpuri sunt).

1. Identificarea „hărţii personale interne" de procesare şi utilizare a experienţelor trăite şi a semnificaţiilor lor asociate, atât la nivel corporal – lectura simbolică personală, de conştientizare a expresivităţii fizionomice şi a posturii corporale (blocaje, grimase, dureri, tensiuni), cât şi a discursului verbal (trăiri emoţionale, imagini, reprezentări şi gânduri asociate, produse imaginative), aici şi acum;

2. Conectarea şi analiza nivelului de consonanţă, respectiv disonanţă a „hărţii interne" cu „configuraţia" sau „harta manifestărilor externe", comportamentale – lectura conectivă a comportamentului nonverbal (mimico-pantomimic, kinestezic, postural, reactivitate neuro-vegetativă) cu cel verbal (mesaje exprimate, asumate, sublimate şi reprimate, de tip defensiv sau compensator – deplasate, metaforizate, disimulate, stimulate, negate, deformate, scotomizate, filtrate, ratate, disociate, ambivalente, contaminate, distorsionate. Permite decriptarea şi conştientizarea incongruenţelor emoţionale şi cognitive, manifestate prin disocieri ale comportamentului verbal şi expresiv;

3. Externalizarea sau reconstituirea simbolică, prin scenarizare metaforică şi dramatizare, a experienţelor interne conştientizate (conform lecturii şi decriptării simbolice personale a „hărţii interne şi a conexiunilor intrapsihice surprinse"); oferă baza de explorare, analiză şi resemnificare a scenariului personal, din perspectiva sincronicităţii celor trei axe-reper (Axa unificării Ego-Sine, Axa Temporală şi Axa Conştientizării). Travaliul terapeutic utilizează în această etapă trei chei:

cheia afectivă – detensionarea şi acceptarea experienţelor traumatizante sau blocante prin retrăirea lor în prezent;

cheia cognitivă – conştientizarea şi înţelegerea sensului experienţei dintr-o perspectivă schimbată (meditaţia centrată pe jocul de rol, insight-uri conective, analiza personală de simbol şi „mesaj" autorevelat, reinterpretarea scenariului de viaţă, resemnificare);

cheia spirituală – acceptarea prin iertare de sine şi alţii, revalorizarea şi integrarea experienţelor negative ca „lecţii de creştere personală", unificarea personală pe scala Ego-Sine, în Prezent, prin efectul de transconştientizare şi trans-externalizare (autoschimbarea sensului personal în evoluţie şi cunoaştere în acord cu sine.

4. Autotransformarea creatoare – utilizează:

cheia imaginativă conectată cu intenţia focalizată (efectul proiectiv – autotransfigurator); constă în deblocarea şi activarea spontană a resurselor creative, adică a răspunsurilor, acţiunilor şi comportamentelor alternative, inedite. Se bazează pe vizualizarea şi intenţionarea creatoare (focalizare pe detalii şi structuri sau scenarii comportamentale autorevelate, modificate în context simbolic, cu ancore senzoriale şi afective); se diferenţiază de fantazarea ghidată prin autonomia conţinuturilor proiectate chiar de către client sau participantul la grup;

cheia acţiunii simbolice individuale şi de grup (rescenarizarea prin dramatizare – structurarea în devans a efectului autotransformator prin antrenament dramatic cu feed-back colectiv); integrarea noilor semnificaţii în acţiuni

realiste, eficiente, creatoare, cu sens unificator; mobilizează şi dezvoltă inteligenţa strategică şi rezolutivă aplicată relaţiilor şi situaţiilor de viaţă, flexibilitatea corporală şi mentală, inteligenţa şi maturitatea emoţională, precum şi capacitatea expresivă a comunicării.

cheia de progres cognitiv-comportamental – reanalizarea şi integrarea „efectelor" propriei schimbări sau restructurări comportamentale din plan simbolic în plan real (transferul atitudinii şi acţiunii alternative în cotidian – autovalidarea şi corecţia experienţială);

cheia de progres spiritual autotransformator – conştientizarea unificării Ego-Sine din perspectiva semnificaţiei spirituale, a calităţii şi responsabilităţii schimbării. Permanentizarea atitudinii creatoare şi a practicii deciziei conştiente în Prezent; practica jocului alternativelor multiple de manifestare, cu minimum de efort şi maximum de eficienţă personală şi interpersonală. Integrarea spirituală a experienţei autotransformatoare.

(Mitrofan I., 2004)

Sistemul de lucru funcţionează holistic, atât în planul intern al reconstrucţiei psihologice, cât şi în reperele dezvoltării naturale, în mediul fizic (ciclicitatea). Sunt 12 luni (24) luni, 3 axe de restructurare, 4 etape de reconstrucţie şi 7 chei psihologice de utilizat.

Dramaterapia ca parte integrantă a PROCESULUI UNIFICATOR (individual şi grupal) realizează prin scenariile simbolice miezul Terapiei Experienţiale a Unificării, acestea fiind anticipate şi preexperimentate iniţial pe grupuri, sub numele de situaţii şi scenarii metaforice, unele dintre ele folosind într-o formulă schimbată elemente din tehnicile metaforice corporale cunoscute sub numele de „sculptură de familie sau de grup" create de Virginia Satir.

Aceste scenarii, deşi propun o temă simbolică sau un pretext simbolic provocativ, se desfăşoară spontan, ca o improvizaţie creatoare sui-generis, în grup, amintind întrucâtva de „teatrul spontaneităţii" (cu care a debutat J. Moreno), dar deosebindu-se fundamental de acesta prin componenta meditativă, adică prin focalizarea conştientă (dirijată terapeutic sau autodirijată) asupra trăirilor şi sensurilor personale, revelate în abordarea rolurilor polare, spontan asumate, experimentate ad-hoc în grup. (Mitrofan I., 2004)

Momentele introspective sunt create prin oprirea scenariului în desfăşurare în momente semnificative, prin introducerea comenzii STOP care creează spaţii de tăcere prelungită la câteva minute pentru participanţi, obligaţi astfel imprevizibil să iasă din vârtejul manifestărilor de rol, „îngheţând" postural asemenea unor statui şi refocalizându-se pe „filmul interior" rezultat în contextul jocului spontan de rol.

În acest răgaz, care provoacă o modificare spontană şi progresivă a nivelului de conştiinţă, atenţia este focalizată, iar procesul de conştientizare este ghidat asupra senzaţiilor, trăirilor şi stărilor experimentale „aici şi acum", derivate din rolul jucat până la momentul întreruperii, precum şi asupra implicaţiilor şi conexiunilor rolului trăit cu grupul şi în grup. (Mitrofan I., 2004)

După consumarea secvenţei Stop-Cadru, de experimentare a stării de martor sau observator al propriilor trăiri în prezent, derivate, provocate şi conştientizate în contextul

jocului (prin intermediul rolului asumat de către fiecare participant), jocul (scenariul) se reia exact de unde a fost întrerupt.

Dramaterapia pe ansamblul ei, este o meditaţie dinamică asupra sieşi şi a raporturilor cu lumea, practicată în grup iar secvenţele introspective provocate şi dirijate în momente-cheie ale desfăşurării procesului dramaterapeutic permit o extensie a conştientizării de sine care facilitează autoschimbarea şi dezvoltarea personală.

Cum se produce această „autotransformare"? În principal, printr-o deblocare, recuperare şi integrare a energiilor şi sensurilor existenţiale ale subpersonalităţilor investite la nivel inconştient cu valoare de „contraparte" sau în termeni jungieni – a rolurilor care exprimă „Umbra". Acestea sunt reactualizate, readuse în lumina comportamentul conştient prin improvizaţia dramaterapeutică. Practicarea liberă, necenzurată şi creatoare a rolurilor – care nu sunt întâmplător alese, ci conţinute în Inconştient ca „formaţiuni comportamentale virtuale", alimentate de nevoi, pulsiuni, tendinţe, credinţe şi dorinţe fie reprimate, fie latente, potenţiale – conduce la o conştientizare extinsă a egoului. În consecinţă, înţelegerea şi reintegrarea noilor sensuri şi semnificaţii personale ale acestor alternative de manifestare, în special a celor care menţin tensiuni generate de aşa-numitele „afaceri nefinalizate", (în terminologia gestalt) declanşează reaşezări şi restructurări de scopuri, motivaţii alegeri, modalităţi de acţiune, expresie şi manifestare creatoare a Fiinţei. (Mitrofan I., 2004)

Cu alte cuvinte, dramaterapia (...) se instituie ca o **meditaţie dinamică unificatoare** a raporturilor intrapsihice dintre multiplele faţete (roluri) polare ale Ego-ului, în scopul integrării şi transcenderii lor, pe de o parte, precum şi al reconectării şi reintegrării Egoului cu Sinele – conţinător al tuturor resurselor creatoare, vindecătoare, armonizatoare şi autotransformative – pe de altă parte.

Ea ţinteşte astfel la rearmonizarea internă şi externă a persoanei prin declanşarea procesului de autoresemnificare, la dobândirea autocontrolului, la creşterea maturităţii discernământului şi a responsabilităţii, dintr-o perspectivă mai extinsă. Această formă de dramaterapie antrenează modificări progresive atât la nivelul înţelegerii şi trăirilor emoţionale, cât şi al capacităţilor de acţiune pe traiectoria vieţii, comutându-le pe un nivel mai înalt, al evoluţiei spirituale. Este o metodă care pregăteşte drumul şi creează premisele dezvoltării transpersonale. Pentru că nu poţi reveni la Sine, Acasă, până nu ţi-ai epuizat, acceptat şi transcens întregul repertoriu de „măşti" şi experienţe de rol care te-au condiţionat şi înlănţuit, „ajutându-te" să-ţi consolidezi Ego-ul şi să te confunzi cu el până într-atât, încât ai uitat CINE şi CE EŞTI cu adevărat. (Mitrofan I., 2004)

Avantajul Dramaterapiei Centrată pe Unificare este acela al puterii revelatorii, practic inepuizabile în autoexplorare. Chiar dacă sunt reluate, niciodată lucrurile nu se întâmplă la fel, participanţii fiind în cea mai mare măsură autorii, actorii, spectatorii, observatorii sau martorii şi criticii avizaţi, precum şi beneficiarii acestei maniere de a medita prin joc şi asupra jocului cu roluri multiple, pe care îl transcend, cu toate consecinţele psiho-spirituale ce decurg din această practică. (Mitrofan I., 2004)

Dramaterapia propusă de I Mitrofan este o **Practică Spirituală în Cotidian,** care pendulând între polarităţi , unifică Realul cu Virtualul sau Realul Tangibil din Axa Timpului cu Realul Intangibil din afara Axei Timpului.

Din acest punct de vedere ea aspiră la a fi o metodă de cunoaştere psihologică, o psihoterapie dinamică şi o practică spirituală în grup, fiind probabil mult mai aproape de, dacă nu cumva chiar în interiorul câmpului terapiilor transpersonale. (Mitrofan I., 2004)

1.4. Specificul psihoterapiilor experienţiale

Indiferent de şcoală, indiferent de loc, de contextul socio-cultural, de maniera în care a debutat, s-a dezvoltat şi apoi s-a impus publicului larg, psihoterapia experienţială are prin rădăcini, obiective şi prin maniera de abordare un specific al său inconfundabil şi greu alterabil.

Încă din 2002, în urma vizitei în Canada, am avut prilejul să compar maniera de abordare experienţială din Romania şi maniera de abordare canadiană, pe viu cum s-ar zice. Contexte diferite, începuturile diferite, culturi diferite şi totuşi foarte multe asemănări. Deşi în Canada, în cadrul şcolii experienţiale a lui Greenberg, maniera de abordare era strict individuală spre deosebire de şcoala din România unde încă de la început s-a lucrat în special cu grupuri, totuşi foarte multe puncte comune am putut remarca, de la detalii tehnice şi până la atitudinea specifică terapiilor umaniste, în speţă cea rogersiană. Tonul blând, îngăduitor, grija faţă de client, ingeniozitatea, jocul de rol, ca să amintesc doar câteva dintre aspectele comune, rămân din câte se pare ca nişte constante indiferent de scoală, beneficiar (persoană sau grup) sau continent.

Dacă pătrundem însă, mai adânc, în miezul procesului experienţial vom găsi şi explicaţia similarităţilor datorită rădăcinile comune în rogesianism, gestaltism, psihodramă şi existenţialism.

Focalizarea pe momentul prezent. Celebrul hic et nunc, este transpus în manieră practică de către experienţialişti, prin aducerea atenţiei, focalizarea ei pe momentul prezent, readucând de asemenea momentele trecute sau proiectiile despre evenimentele viitoare tot în prezentul moment investit pe drept cu valoare terapeutică.

Focalizarea pe emoţii. Odată adusă atenţia la momentul prezent, depistarea şi decelarea fină a emoţiilor trăite devine mult uşurată dar şi securizantă. Menţinerea atenţiei pe emoţiile trăite sau readuse în prezent facilitează deconstrucţia, apoi restructurarea şi reintegrarea evenimentelor conectate de acea emoţie. Înţelegem astfel că accesul la patternurile cognitive este mediat şi modulat emoţional. Dealtfel acesta este un fapt bine ştiut astăzi.

În cartea sa "Mapping the mind" autoarea Rita Carter (Maping the mind, 1998), aduce ca dovadă descoperirile relativ recente din neurobiologie în acest sens şi anume faptul că răspunsul emoţional are un traseu nervos care se închide la nivelul nucleilor amigdalieni şi nu la nivelul talamic şi cortical cum se întâmplă cu răspunsurile raţionale, conştiente. Astfel răspunsul dinspre nucleii amigdalieni, subtalamici este mai scurt şi mai rapid decât orice alt fel de răspuns. Emoţiile primează aşadar în faţa percepţiilor de tip senzorial, chiar dacă declajul este uneori minor. Şansa ca răspunsul emoţional să moduleze însuşi actul perceptiv este aşadar foarte mare. Cea mai mare parte a psihoterpeuţilor

experimentaţi, idiferent de orientare recunosc bine acest fapt şi realizează importanţa pe care o joacă emoţiile pentru recuperarea şi redobândirea autonomiei clientului.

Focalizarea pe zonele corporale blocate. Acestea sunt adesea blocate datoriltă unor contracţii musculare, articulare sau poziţii corporale defectoase. Dar manifestările corporale nu sunt decât nişte traduceri, adesea izomorfe, dar exterioare, în "haina" corpului, a opticilor, fricilor, atitudinilor interioare. Faptul că mobilizând aceste zone şi punându-le în acţiune, declanşăm apariţia de emoţii, gânduri, imagini şi trăiri legate de evenimentele traumatizante sau dezadaptative care au declanşat apariţia şi apoi au întreţinut aceste blocaje corporale nu face decât să confirmăm încă odată corpul uman drept o formă de manifestare coagulată, solidă, palpabilă a lumii fluide de trăiri, simţiri, de gânduri şi atitudini din interior.

Utilizarea metaforei ca vehicul între inconştient şi conştient, între simbolic şi concret. Aici gândirea simbolică de tip arhaic îşi găseste fără efort calea de exprimare şi de conexare cu evenimente similare ca formă şi astfel purtătoare de sens comun. În **Gândirea sălbatică**, Claude Lévi-Strauss, Editura Ştiinţifică, 1970, autorul ne atenţiona asupra faptului că gândirea sălbatică, arhaică şi cea a contemporanilor nostri nu există o deosebire majoră, la fel de bine gândea omul şi acum 5000 de ani doar că elementele cu care opera erau mult mai rudimentare, ei neavând acces la toată acumularea făcută în aceşti mii de ani scurşi de atunci încoace. Metafora pare să fie un urmaş al actului ritualic arhaic. Dacă prin actul ritualic se încerca dobândirea virtuţilor intrinseci ale obiectelor, fenomenelor sau animalelor implicate prin reproducerea formei, astăzi acest lucru îl putem vedea într-o cu totul altă lumină. Prin actul ritualic se făcea un transfer de sens nu de putere, lucru pe care îl realizăm şi îl înţelegem foarte simplu astăzi prin intermediul metaforelor. Apelând la procedee de tip metaforic, psihoterapeutul retrezeşte în client modele ancestrale şi rudimentare, cu care este foarte uşor de operat fapt ce dizolvă apoape imediat orice formă de rezistenţă interioară sau opoziţie a clientului. Metafora este în ultimă instanţă un vehicul prin care transferăm conţinuturi mentale.

Permutarea rolurilor, jocul de rol menit să schimbe optica, unghiul de vedere, asupra oricărui eveniment traversat sau asupra unor trăiri prezente. Ieşirea din zona subiectivităţii perceptive este înlenită de schimbarea rolului adică, a cadrului interior prin care realizăm percepţia. În gestalt terapie schimbarea cadrului a câmpului perceptiv este capitală pentru realizarea intervenţiei terapeutice. Experienţialismul preluând din Psihodramă jocul de rol, a valorificat mai mult in maniera gestalt jocul de rol.

Astfel psihoterapia experienţială valorifică pe de-o parte experienţe şi achiziţii metodologice ale demersurilor terapeutice anterioare, în care îşi are dealtfel şi rădăcinile, iar pe de altă parte sporeşte eşafodajul metodologic al psihoterapiei experienţiale prin dezvoltarea şi inovarea de metodologii noi de intervenţie, evaluare şi optimizare umană.

De fapt în acest proces şi în acelaşi spirit se înscrie şi lucrarea de faţă care propune în final o serie de aspecte cu caracter metodologic care să poată îmbunătăţi

randamentul terapeutic, eficienţa psihoterapică şi procesul de formare al tinerilor psihologi care se formează în psihoterapia experienţială.

Fără a-şi nega trecutul, psihoterapia experienţială, progresează aproape exponenţial, preluând toate temele majore ale psihoterapiei şi prin exponenţii săi, indiferent de colţul din lume unde aceştia se află, dezvoltă şi implementează mereu noile sale standarde, mereu îmbunătăţite şi adaptate. Psihoterapia experienţială este din acest punct de vedere una dintre cele mai vii forme de psihoterapie, aproape paradoxal, deschizându-se pentru a-şi păstra identitatea conceptuală şi mai ales „atitudinală”. De asemenea nefiind tributară unei înţelegeri şi viziuni unice asupra fenomenelor şi proceselor umane a reuşi să înteleagă mai bine fiinţa umană în toată complexitatea sa structurală şi comportamental-atitudinală. Locul, persoana, contextul, stilul, problematica, experienţa trecută, toate contează şi toate concură reuşita psihoterapică. Orice detaliu neimportant într-un context poate fi însă important în altul, o regulă, în general de neîncălcat poate fi uneori încălcată, motivaţia însă tebuie să fie solidă; numai dacă astfel aducem în mod real un beneficiu fiinţei în suferinţă, clientului cum ne place să-i zicem atunci, atunci principiul acesta, viziunea aceasta, de tip teleologic primează.

CAPITOLUL 2:
Dezvoltarea personaă în psihoterapiile experienţiale

2.1. Forme şi repere ale dezvoltării personale

Forme ale dezvoltării personale

Dezvoltarea personală reprezintă un concept destul de larg răspândit în ziua de azi, care include în el mai multe accepţiuni şi nu rămâne tributar unui singur cadru definitoriu. Dezvoltarea personală este un termen folosit astăzi în diferite moduri şi la diferite niveluri de înţelegere socială.

Astfel dezvoltarea personală include dar nu este limitată la următoarele zone de activitate umană: educaţie, life style, coauching, consiliere, psihoterapie, diverse forme de optimizare umană, abilitare socială, fitness, management şi dezvoltare organizaţională etc. Toate includ implicit sau explicit ideile de creştere, de devenire, de formare şi abilitare.

Evident ceea ce prezintă interes pentru perspectiva psihologului şi psihoterapeutului sau a celui în formare este modul cum aceasta este înţeleasă şi pusă în practică în psihoterapie respectiv în consiliere.

Abundenţa de titluri şi invitaţii care promovează sau incită la participare a depăşit demult faza creşterii exponenţiale, odată cu dezvoltarea internetului şi a modalitaţilor atât de diversificate şi foarte rapide de comunicare şi publicitate.

Nu întotdeauna titluri precum: "Primi paşi spre o comunicare pozitivă", "Setarea pozitivă a minţii", "Uitilizarea puterii minţii pentru realizarea scopurilor", "Pot să fac tot ceea ce vreau să fac!", "Dezvoltarea personală într-o manieră practică", "Dezvoltarea de strategii personale anti-stres", "Descifrarea miturilor relaţionării", "Cum să devi un trainer eficient", "Dezvoltarea personală fară limite", au de-a face cu un demers profesionist, adesea obiectivele acestora sunt financiare şi de sporire a bugetului personal. Aşadar nu orice demers care poartă eticheta "dezvoltare personală" are neaparat de-a face cu ea. Unele demersuri mai puţin altele mai mult, altele deloc.

Dezvoltarea personală poate fi oferită fie într-o manieră de lucru individuală, fie în cadrul unor grupuri. A doua variantă este mult mai profitabilă, mai rapidă şi implică relaţionarea directă cu ceilalţi care este fundamentală pentru procesul de dezvoltare a oricărei persoane. Nimic nu poate substitui contactul direct, cel verbal şi mimico-gestual, diversitatea interactivă, directă şi vie din cadrul unui grup. Nu întotdeauna ceea ce se întamplă într-un grup de dezvoltare personală este la fel de eficient şi folositor tuturor membrilor participanţi.

Cadrul diferit, numărul de membri, stilul trainerului/teraputului, omogenitatea grupului, experienta trainerului, gradul de participare înţeles ca efort de participare al

membrilor, iată doar câteva dintre variabilele care pot influenţa eficienţa unui demers de dezvoltare personală. Lucrarea de faţa îşi propune prin obiectivele sale să arunce o lumină şi să privească cu un ochi mai atent asupra acestor variabile care se pot constitui apoi într-un sistem de indicatori ai reuşitei demersului de dezvoltare personală.

Clasificâd formele prin care se poate realiza dezvoltarea personală după modalitarea de oferire a acesteia constatăm o clasificare triadică:

Unii practicieni precum *Joanne Victoria* de exemplu include aici:
1. One-on-One Coaching
2. Group Coaching
3. Workshop-uri şi Prezentări.

1. Dezvoltare personală în manieră individuală (de la om la om).

Rădăcinile acestui tip de dezvoltare se pot găsi undeva în începuturile procesului formării umane, în aspectele didactice/pedagogice arhaice sau chiar în cel al transmiterii cunoştinţelor şi experienţelor de viaţă prin diverse forme de practică arhaic-sapienţială gen Yoga şi Zen dinspre maestru spre discipol. Fără însă a prelua aceasta manieră arhaică de dezvoltare personală asistată îndeaproape, de mare apropiere/intimitate şi de maxim angajament, se ştie azi că există posibilitatea unei distanţări mai mari între cele două persoane participante la actul de dezvoltare – formare, cu mai puţine obligaţii unul faţă de celălalt însă în baza unui acord care include în schimb unele aspecte financiare.

Dezvoltarea personală în manieră individuală include aşadar pe langă paternuri vechi de dezvoltare şi modelare individuală, preluate istoric dar restructurate şi adaptate contextului socio-economic actual şi de asemena unele noi chiar necesare momentului actual în care sistemul valorilor este mult mai variabil şi adesea în permanentă schimbare. Centrarea se face pe resurse pentru activarea lor, pe limitele prezente care sunt extinse lărgind astfel automat atât orizontul posibilităţilor cât şi cel al modalităţilor de punere în practică şi realizare a propriilor obiective.

Se poate lucra fie recuperator, mai ales în faza iniţială, fie centrat pe dezvoltarea unor calităţi sau activarea unor resurse latente ori prea puţin folosite, fie pe dezvoltarea integrală a persoanei. Dezvoltarea integrală a persoanei presupune deja o interacţiune de lungă durată, fără discontinuităţi majore apropiată în mare măsură de dezvoltarea personală de tip formativ.

Focalizarea pe problematica individuală se realizează mult mai uşor, înafară de relaţionarea cu trainerul, clientul, nu mai are la dispoziţie decât relaţionarea cu propria persoană. Astfel evitarea sau eludarea unor aspecte personale neplăcute sau disconfortante nu mai poate avea loc uşor, trainerul direcţionând mult mai uşor travaliul clientului spre zonele cheie ale manifestărilor acestuia şi susţinândul direct acolo unde este cazul.

Pe de altă parte trainerul se poate focaliza şi el mai mult uşor pe client, atenţia sa nefiind distribuită şi spre ceilalţi membri ai grupului de dezvoltare personală.

2. Dezvoltarae personală realizată prin grupuri de dezvoltare personală

În dezvoltarea personală realizată prin grupuri de dezvoltare personală întregul cadru se schimbă, în special cadrul relaţional. În primul rând intervine un factor major care nu exista înainte, grupul, care din câte se pare este cel puţin la fel de important precum este trainerul.

Şcoala SPER are aici o contribuţie remarcabilă, în decursul a peste 10 ani a trecut prin filtrul practicilor experienţiale mii de persoane organizand grupuri de dezvoltare personală încă din 1996. Poate nicăieri în lume nu s-a mai întâmplat ca într-un timp atât de scurt, mii de experienţe, tehnici şi inovaţii spontane sau tehnici bine ştiute şi ades repetate, să fi avut un impact atât de mare pe o populaţie, parcă avidă de experienţă. Erau şi în anii de după revoluţia din decembrie 1989, când lumea parcă se deschidea spre tot ce era nou, era ca un burete stors care în momentul când i s-a dat drumul a absorbit tot ce se putea.

Momentul acela a fost foarte prielnic pentru o asemenea dezvoltare, iar experienţialismul a venit ca o mânuşă. Apoi, treptat, participanţii se schimbau cu fiecare zi, sufereau „mutaţii" interioare, realizau că pot mult mai mult, îşi rezolvau multe din dramele existenţiale, îşi fixau noi idealuri şi porneau pe un nou drum. Aşa s-a întâmplat că mulţi dintre ei şi-au continuat acel nou drum şi au ajuns ei înşişi terapeuţi experienţialişti.

Dezvoltarea personală ca experienţă, pare să reconstituie în parte un model foarte vechi al învăţării şi al formării, cel în care maestrul îşi învaţă discipolul, cu blândeţe, cu răbdare şi cu entuziasm. Pe de altă parte reconstituie atmosfera intimităţii de grup, în care nu mai există secrete, în care marile drame interioare se developează, se consumă, se preschimbă. Acolo în grupul de dezvoltare experienţial, Eul este reconsiderat, relaţia este reformulată, intenţia este regândită, emoţia este trezită, resuscitată şi exprimată iar comportamentul ajunge să fie în sfârşit graţiat pentru ca treptat, aproape pe nesimţite, fiinţa să resimtă din nou, un vechi gust, demult uitat sau poate pierdut undeva pe drumul devenirii personale şi recâştigat, astfel, prin dezvoltarea personală experienţială.

Dezvoltarea personală în cadrul grupul experienţial aduce într-un spaţiul comun, cel al grupului, personalităţi diferite care interacţionează altfel decât în condiţiile obişnuite, dar scopul nu este doar de a experimenta noul împreună cu ceilalţi ci de a reînvăţa să experimentezi interacţiunea şi cu ceilalţi şi cu propria persoană, ajungând să pricepi mai bine relaţia cu propria persoană tocmai prin relaţionarea cu ceilalţi şi să îmbunătăţeşti relaţia cu ceilalţi descoperindu-te şi cunoscându-te mai bine.

Travaliul tăcut pe care-l derulează grupul, este aproape imposibil de substituit prin altceva. Adesea feedback-ul trainerului are o tărie mai mică decât cea a grupului, trainerul este investit însă mai multă recunoaştere, cu mai multă pricepere decât grupul, dar grupul are rolul său minunat de ferment, de catalizator, alteori de susţinere, de protecţie sau chiar de resursă. Restructurarea interioară poate fi bruscă, poate fi gradată, poate fi alternantă dar în toate cazurile grupul are rolul său distinct alături de trainer.

Mişcarea, muzica, dansul antrenează membri participanţi, contaminarea emoţională are loc aproape de la sine, participantul se simte angrenat, provocat sau chiar incitat să se manifeste. Procedeele de tip experienţial îşi fac intrarea uşor fără surle şi trâmbiţe, antrenând emoţia, cheia accesului la resursele imense care zac în fiece persoană. Dar resursele doar conştientizate, doar accesate nu înseamnă încă transformare interioară. E nevoie de un vehicul de transport pentru resurse, un mijloc de transport prin care să se ajungă la un sens şi acesta este METAFORA. Metafora uneşte tocmai prin faptul că vehiculează resurse şi energii care alimentează apoi tiparele interioare.

În cadrul grupului metafora e din acest punct de vedere un fel de mijloc de transport în comun, prin care toţi au acces la toţi, iar „resursele" sunt vehiculate liber de la

unii la alții. Deblocarea resurselor poate avea loc în cascadă energia de participare a grupului crește vertiginos deschizând temnițele egoului chircit de frici, de temeri, angoase, stres, neîmpliniri, etc. Odată deschisă poarta spre ceilalți încep întâlnirile reale eu-mine, eu-tu, noi-voi... Gestul, gândul, cuvântul, comportamentul devin oneste, devin sincere, pentru că cel în cauză devine congruent. După cum bine spunea I. Mitrofan cu ceva ani în urmă:

"*Experiența noastră cu grupurile de optimizare centrate pe terapia unificării, a relevat valențele deosebite ale acestor tehnici de comunicare expresivă și autoconștientizare. Scopul a fost de a debloca resursele de expresie și de a restabili congruența psihocorporală, afectivă, cognitivă și spirituală, atât de necesară în practicarea profesiilor cu impact în ajutorarea umană*" (I. Mitrofan, Rev. de Psihoterapie Experiențială, nr. 4, pp. 1–4,1998).

3. Dezvoltarea personală intensivă prin workshopuri

O altă modalitate prin care se poate desfășura dezvoltarea personală este cea intessivă, în care câteva zile în șir grupul de dezvoltare se întâlnește în cadrul unui workshop, cea mai mare parte a zilei, focalizând întregul său efort și dedicându-l experimentării de tip experiențial. Întâlnirea se află sub imperiul spațiului în care se întâlnește grupul. În astfel de situații locul, spațiul are mult mai multă importanță. Efervescența lucrului are și ea alte tonalități, continuitatea orelor sugerează dar și asigură o continuitate a demersului[...]

O altă clasificare este - dezvoltare personală versus dezvoltarea profesională:

Dezvoltarea personală în psihologie distinge între dezvoltarea personală a persoanelor care beneficiază de serviciile psihologului și cea care ține de dezvoltarea personală de tip formativ a viitorului psiholog-profesionist și care, dealtfel, o include practic pe prima.

Beneficiile dezvoltării personale nu rămân la nivelul achizițiilor pentru viitorul psiholog, ele se constituie într-o bază a experienței formative, care nu încetează dealtfel, niciodată.

Reperele dezvoltării personale din perspectiva scopurilor sale sunt foarte strâns leagate de rolul trainerului și al grupului. Trainerul dar mai ales Grupul acționează ca factor de stimulare a creșterii *stimei de sine*, a *autoacceptării* si *autoconstientizării*. Grupul oferă un mediu suportiv și securizant pentru a te ajuta în rezolvarea problemelor personale, te poate ajuta să înveți cum să-ți gestionezi și să-ți aperi propriul eu, cum să nu fi singur și să conștientizezi că nu ești singur, că și alții sunt în aceeași ipostază și că și ei sunt părtași la aceeași luptă. În grup poți descoperi de asemenea noi căi, noi modele de interacțiune și de atingere a propriilor obiective și idealuri.[...]

Grupul de dezvoltare personală nu este doar un cadru, el este și resursă. Prin toți cei care participă, prin interacțiunile membrilor grupului, prin inovațiile și prin manifestările creative, prin tesiunea emoțională vehiculată, amplificată sau dimpotrivă prin transformarea sau decantarea energiei emoționale, grupul este un adevărat laborator în care se plămădesc și se prepară ființe umane autentice, capabile să comunice asertiv și expresiv.

2.2. Dezvoltarea personală în psihoterapia experienţială; definiţie, demersuri (individuale şi de grup), obiective

Dezvoltarea personală** este o experienţă sumativă, restructurantă dar şi formativă având ca obiective **stimularea creativităţii şi spontaneităţii, creşterea rezilienţei şi echilibrului psiho-emoţional**, dezvoltarea şi diversificarea **comunicării expresive şi asertive, disponibilizarea resurselor interioare şi creşterea capacităţii de integrare a experienţei de viaţă a individului.

Dezvoltarea personală este un proces în continuă derulare. El începe, evident, înainte de orice formă de consiliere sau terapie, încă din primii ani de viaţă, când procesul devine conştient. Nimeni nu ajunge într-un cadru de tip terapeutic fără să fi început măcar ceva din acest proces care nu se încheie, dealtfel, niciodată pe parcursul vieţii.

Aşadar dezvoltarea personală nu este un proces la care sunt înscrişi clienţii ci şi un proces la care sunt obligaţi permenent terapeuţii lor. Terapeutul este în ultima instanţă şi el o fiinţă umană cu nevoi, aspiraţii, valori şi limite ca toţi ceilalţi. El este însă obligat la o dezvoltare personală permanentă, conştientă şi susţinută care se transformă şi devine parte a formării sale continue. Nu poţi să ajungi terapeut practician dacă nu lucrezi mai întâi cu propria persoană, ţintind spre un grad şi mai mare de cunoaştere a fenomenologiei şi dinamicii psihoemoţionale dar şi spre un echilibru psiho-emoţional stabil.

Dealtfel în psihoterapia experienţială, şi nu numai, prima etapă a tinerilor aspiranţi la statutul de terapeut începe obligatoriu cu o perioadă de unul sau mai mulţi ani de dezvoltare personală, care se continuă apoi cu perioada de formare propriuzisă fără să însemne însă că dezvoltarea personală încetează vreo clipă.

Omul este o fiinţă socială, care se dezvoltă în contextul relaţional şi din acest motiv psihoterapia experienţială de grup are o greutate mai mare şi creşte rata de progres în dezvoltarea personală comparativ cu un demers individual de psihoterapie experienţială. În grup, relaţionarea, devine suport de creştere şi exprimare pentru fiecare membru participant la grupul respectiv şi astfel validarea fiecăruia ca persoană, cu achiziţiile şi abilităţile sale se face permanent în cadrul grupului. Grupul oferă un permanent feedback membrilor săi ceea ce face din grup un veritabil factor de dezvoltare, un „terapeut” de facto, acesta fiind adevăratul catalizator al psihoterapiei de grup, a întâlnirii de grup, psihoterapeutul fiind mai degrabă pe post de mediator în cadrul grupului, dar gata în orice moment să redevină factor iniţiator, stimulativ şi terapeutic atunci cand situaţia de grup o cere.

Dezvoltarea personală cere pe lângă timp, resurse, bunăvoinţă şi efort personal. Efortul personal rămâne pârgjia care poate declanşa combustia materiei prime ce zace în noi sub formă de spontaneitate, umor, emoţie liberă - nepolarizată, creativitate, etc.

Sigur că acest efort nu rămâne un efort brut, el urmează să fie orientat, canalizat, întreţinut şi amplificat. Numai astfel roadele pot să apară şi să se prezinte sub formă mulţumitoare. Aici intervine, e adevărat şi grupul însă mai ales experienţa psihoterapeutului care poate face ca acest efort să fie eficient, bine dozat şi profitabil pentru client.

Dacă am încerca o ecuaţie a dezvoltării personale, redată desigur sub formă simbolică ar trebui să arate cam aşa:

DP = efort personal + initiativă + spontaneitate + expresivitate + …

Totuşi această formă, întrucâtv a intuitivă poate constitui un punct de plecare în elaborarea unei ecuaţii de regresie multiplă care să poată prognoza dezvoltarea personală după factorii/variabilele independente ce o influenţează.

S-a observat că în timp ce psihoterapia individuală focalizează clientul mai mult pe lumea trăirilor interne, pe explorarea intrapsihică a problemelor interpersonale, terapia de grup este mult mai utilă în depăşirea patternurilor de relaţionare disfuncţionale. (Lietaer, 1993) Psihoterapia de grup este predominant interacţională şi permite terapeutului să fie în acelaşi timp un membru activ al grupului, putând exprima emoţii, trăiri şi dezvălui felul cum a perceput interacţiunea dintre membri grupului.

Aşadar indiferent de tipul de terapie, individuală sau de grup, dezvoltarea personală rămâne o constantă terapeutică, după cum am observat chiar şi atunci când ne mutăm de la o şcoală experienţială la alta.

2.3. Importanţa dezvoltării personale în actul terapeutic experienţial

Unul dintre cele mai importante instrumente cu care poate să lucreze un terapeut este el însuşi ca persoană. În pregătirea ca terapeut poţi să acumulezi cunoştinţe teoretice despre personalitate şi psihoterapie, poţi învăţa unele metode de diagnostic şi intervenţie şi de asemenea câte ceva despre dinamica comportamentului uman. Cu toate că aceste cunoştinţe şi priceperi sunt esenţiale ele nu sunt suficiente pentru stabilirea şi menţinerea unei relaţiei terapeutice autentice. În fiecare şedinţă aducem cu noi calităţile şi defectele noastre umane, precum şi experienţele care ne-au influenţat viaţa. Această dimensiune umană, cu care participăm, este unul dintre cei mai puternici determinanţi ai întâlnirii terapeutice pe care o avem cu clienţii noştri. Dacă sperăm să promovăm creşterea şi dezvoltarea ori schimbarea în clienţii noştri, atunci trebuie să ne dorim acest lucru şi în propria noastră viaţă. Una dintre cele mai puternice surse de influenţare a clienţilor într-o direcţie pozitivă este exemplul nostru viu, modul cum suntem împreună cu ceilalţi, felul în care doresc şi mă lupt să trăiesc la întregul meu potenţial.

Rămânând deschis la auto-evaluare, nu doar îţi lărgeşti conştiinţa eului tău, ci în acelaşi timp construieşti temelia dezvoltării abilităţilor tale ca profesionist. În relaţia terapeutică eficientă profesionistul şi persoana acestuia sunt două entităţi ce se întrepătrund, se leagă şi nu pot fi separate în realitate. (Corey G.,1990)

Cât priveşte relaţia noastră profesională cu clienţii noştri ea există mai ales pentru beneficiul lor. Una dintre cele mai utile întrebări pe care merită să ne-o adresăm nouă ca terapeuţi este: “Ale cui nevoi se întâlnesc în această relaţie, ale mele sau ale clientului?” Cred că este nevoie de ceva maturitate profesională pentru a face o onestă apreciere comportamentului nostru şi a impactului său asupra clienţilor. Nu cred că în timpul relaţiei terapeutice, întâlnirea cu anumite nevoi personale ale terapeutului este lipsită de etică, dar rămâne totuşi esenţial ca acestea să poată fi ţinute la distanţă. Se pare că aspectele etice ale relaţiei terapeutice sunt mult mai bine întâlnite atunci când ne regăsim nevoile personale, fie într-o maniară evidentă, fie într-una mai subtilă. Şi am să stărui puţin pentru unele lămuriri. (Corey G.,1990)

Mai întâi de toate, nu cred că terapeuţii pot să-şi ţină complet la distanţă de relaţia terapeutică nevoile lor personale. Terapeuţii cu "senzitivitate" etică recunosc importanţa conştientizării propriilor nevoi ce sunt expresii ale unor demersuri nefinalizate (*unfinished business* ori *unfinished work* cum zic gestaltiştii), potenţiale conflicte personale, mecanisme de apărare sau vulnerabilităţi. Ei recunosc că astfel de factori pot interfera cu maniera în care se oferă serviciul către client, motiv pentru care fără dezvoltarea din partea practicienilor a unei auto-observări şi conştientizări permanente aceştia vor obstrucţiona schimbarea clientului ori îl va utiliza în variate moduri pentru a-şi satisface propriile nevoi. Astfel terapia este deturnată de la centrarea pe client la centrarea pe terapeut. (Corey G., 1990)

Cu toţii avem în plus diferite forme de percepţie, dar şi de distorsionare a realităţii percepute. Ca terapeuţi avem responsabilităţi atât faţă de noi, cât şi faţă de clienţii noştii. Una dintre acestea este responsabilitatea de a ne lărgi sfera de conştientizare a eu-lui şi a-i descoperi astfel slăbiciunile şi vulnerabilităţile. Aici nevoia terapeutului se întâlneşte şi coincide cu nevoia clientului.

Sănătatea mentală, igiena psihică, nivelul de integrare a eului şi de conştientizare a acestuia de către practician sunt intrinsec legate de abilităţile acestuia de a stabili şi menţine o relaţie terapeutică sănătoasă.

Ca terapeuţi suntem obligaţi să-i observăm şi de asemenea să-i examinăm pe ceilalţi, evident într-un mod cât mai discret şi *nonintruziv* pentru a putea asigura o relaţie terapeutică productivă care să se poată dezvolta eficient. Dar această manieră de observaţie şi examinare trebuie să se răsfrângă şi asupra noastră. (Corey G., 1990)

Întrucât terapia este şi o formă intimă de învăţare, ea cere un practician care doreşte să renunţe la rolul stereotip şi vrea să fie o persoană reală şi autentică în relaţia terapeutică. Tocmai acest context al relaţiei de la persoană la persoană este cel din care clientul poate experimenta şi învăţa creşterea. Dacă în postura de practicieni ne ascundem în spatele securizant al rolului profesional, clienţii noştri se vor ţine şi ei ascunşi de noi. Dacă devenim doar nişte experţi tehnici şi părăsim propriile noastre reacţii şi valori sau ne detaşăm de profesia noastră, rezultatul va fi o psihoterapie sterilă. Doar prin identitate cu trăirile noastre, prin congruenţă, putem veni în contact semnificativ cu clienţii noştri. Dacă facem alegeri orientate spre viaţă, emanând un spirit plin de vitalitate şi deschidere, dacă suntem autentici în relaţiile cu clienţii noştri şi ne putem dezvălui lor, atunci putem fi sursă de inspiraţie şi îi putem învăţa în cel mai adevărat sens al cuvântului. (Corey G., 1990)

Pe scurt, ca terapeuţi, noi suntem modele pentru clienţii noştri. Dacă afişăm un comportament incongruent, neasumându-ne răspunderea ori ne prefacem pentru a rămâne nedescoperiţi şi vagi, atunci ne putem aştepta din partea clienţilor la imitarea acestui comportament sau la neîncredere din partea lor. Dacă suntem autentici angajându-ne într-o autodezvăluire adecvată, atunci clienţii noştri vor avea tendinţa de a achiziţiona această calitate şi de a devenii oneşti în interacţiunea cu noi pe parcursul relaţiei terapeutice. (Corey G.,1990)

Dacă există vre-o întrebare fundamentală care ar putea servi drept liant pentru cele descrise mai sus, atunci aceasta este: *Cine are dreptul să facă terapie cu altă persoană?* Această întrebare poate fi un punct nodal de permanentă reflecţie etică şi profesională pentru oricare dintre noi. Este de asemenea o bază de autoexaminare de fiecare dată când ne întâlnim cu clienţii. Mă pot de asemenea întreba: *Ce mă face să cred*

că am dreptul să-l consiliez pe celălalt? Ce pot să le ofer oamenilor cu care fac psihoterapie? Fac în propria mea viaţă ceea ce-i încurajez pe clienţii mei să facă? (Corey G.,1990)

Dacă răspunzi onest la aceste întrebări, s-ar putea să te simţi puţin încurcat. S-ar putea să-ţi dai seama că nu ai nici un drept etic să-l consiliezi pe celălalt; poate pentru că propria ta viaţă nu este întotdeauna un model aşa cum e cel pe care vrei să-l oferi în faţa clienţilor tăi. Cred că mult mai important decât să-ţi rezolvi întreaga ta viaţă de acum înainte este să faci altceva: să-ţi dai bine seama ce faci, în fiecare moment, rămânând deschis la reflecţie şi mai ales la înţelegere. (Corey G.,1990)

2.4. Aspecte etice în psihoterapiile de orientare experienţială

Indiferent de forma de terapie sau de orientarea psihoterapică, o conduita etică din partea terapeutului a constituit întotdeauna o condiţie sine qua non pentru derularea în bune condiţii a procesului terapeutic. Cerinţele etice, deşi coerente în ansamblu, suportă diferenţieri de la o formă de terapie la alta. În psihoterapia experienţială relaţia cu clientul şi maniera de lucru directă prin experimentarea stărilor, retrăirea lor, a evenimentelor traumatizante sau dezadaptative impun o atenţie sporită privind limitele de conduită şi interacţiune dintre terapeut şi client.

În orice psihoterapie în care poate exista un contact direct sau atingere între terapeut şi client, cadrul terapeutic trebuie foarte bine precizat şi respectat altfel existând riscul unor grave erori de conduită etică. Etica nu a apărut de dragul eticii. Ea este o consecinţă firească a unei nevoi de respect şi încredere ce se cere între terapeut şi client. Departe de a fi o piedică, contactul dintre terapeut şi client (în limitele eticii) este un adevărat catalizator atunci când are loc la momentul potrivit, când răspunde unei nevoi fireşti a clientului. Pentru prescrierea acestor limite de conduită s-au elaborat codurile etice.

Aproape în orice disciplină care are şi o parte aplicativă găsim un cod de reguli sau norme pentru ca aplicarea disciplinei să fie înscrisă în coordonatele de valoare ale utilizatorilor ei, ale umanităţii în ultimă instanţă. Acest cod adesea poartă numele de cod etic sau deontogic. Matematica şi fizica în aspectele lor teoretice nu prea au nevoie de aşa ceva, însă când se trece la aplicaţiile acestora, problemele etice nu pot să nu fie puse în discuţie. Genetica şi medicina, mai ales în vremurile noastre, nu pot fi tolerate în afara unui cod etic şi de conduită. Atât primele cât şi ultimele pentru că pot dăuna grav omului sau vieţii.

Observaţi că de fiecare dată aplicaţia, partea aplicativă a unei discipline este cea care solicită codul de norme şi conduite. Privind în urmă la evoluţia ştiinţelor oricine poate remarca cum de ceva vreme încoace omul înţelege tot mai mult că trecerea de la idee la acţiune necesită un fel de filtru etic pentru ca formele de manifestare să fie acceptabile şi să poată fi acceptate social.

Definind moralitatea şi etica Ayn Rand susţine:

"Morala" este un cod de valori ce ghidează alegerea acţiunilor umane.

"Etica" este ştiinţa definirii şi validării[1] acestui cod.

---

[1] implicit în termenul validare, viaţa este standardul de valoare: o morală corectă(validă) este una care vine în întâmpinarea vieţii.

În anexa 1de la finalul referatului este prezentată forma inițială a codului etic și de conduită propus în SPER, Societate de Psihoterapie Experiențială din România desigur acesta nefiind încă finalizat întrucât el trebuie să corespundă codului etic al APR, iar acesta din urmă este încă în elaborare, asociația restructurându-se administrativ și organizatoric.

O cercetare (Pope, Tabachnick, & Keith-Spiegel, 1988) menită să conducă la identificarea a ceea ce terapeuții consideră a fi o bună practică și ceea ce consideră a fi una indezirabilă în psihoterapie a arătat că o majoritate de aproximativ 80% dintre profesioniștii chestionați consideră că încălcările normelor etice apar în următoarele tipuri de acțiuni: a) acțiuni ce vizează sexul clientului, b) afaceri în cadrul terapiei, c) confidențialitate, și nu în ultimă instanță d) oferirea de servicii în afara competenței profesionale.

Iată în cele ce urmează câteva exemplificări de astfel de practici ce se înscriu în tabloul practicilor care în mod categoric nu sunt acceptate etic:

Practici care implică sexul:
– contacte sau raporturi sexuale cu clientul
– angajarea în activități erotice cu clientul
– dezbrăcarea în prezența clientului
– permisiunea acordată clientului de a se dezbrăca în prezența terapeutului
– raporturi sexuale cu supervizorii

Practici legate de unele aspecte economice:
– intrarea în afaceri cu clientul
– împrumutul de bani de la client
– acceptarea de bani pentru a face o recomandare clientului

Practici ce privesc confidențialitatea:
– dezvăluirea neintenționată a unor informații confidențiale
– discutarea unui client cu prietenii folosind numele acestuia

Practici ce vizează competența și alte aspecte:
– să semnezi pentru un anumit număr de ore de supervizare pe care cel supervizat nu le-a îndeplinit
– să folosești tehnici complexe care necesită o supervizare atentă cum ar fi cele din hipnoză, NLP, sofrologie, șa. pentru care nu ai fost supervizat
– să participi la relația terapeutică sub influența alcoolului
– să nu ți seamă de diferențele culturale ale clienților

Practicile considerate ca fiind lipsite de coduită etică implică de fapt violarea granițelor relației terapeutice. Astfel raporturile sexuale cu clientul chiar dacă terapia a încetat, participarea împreună cu clientul la petreceri sau evenimente sociale, solicitare directă adresată unei persoane de a deveni client sunt câteva exemple de practici de o slabă calitate etică.

Câteva exemple de practici greșite sunt (și lipsite de bună credință)
– neinformarea clientului cu privire la limitele confidențialității
– violarea confidențialității prin scurgerea neautorizată de informații
– conduită sexuală greșită
– nerealizarea referatului atunci când e cazul să fie realizat
– utilizarea de droguri în cadrul terapiei

– utilizarea unor metode nepotrivite de încasare a taxei
– pretenţia unei taxe suplimentare
– neremarcarea şi netratarea unor simptome evidente ori diagnostic imprecis
– ridiculizarea sau bârfa unui client
– provocarea de daune pentru a fi apreciat într-o experienţă de grup
– atacarea fizică a unui client ca parte a terapiei
– lipsa unei griji corespunzătoare faţă de un client cu tentative de suicid
– abandonarea unui client
– falsa prezentare a pregătirii profesionale
– nepăstrarea unor înregistrări adecvate
– nerespectarea contractului cu clientul
– lipsa consimţământului informat
– lipsa unei supervizări consecvente a terapeuţilor în formare
– lipsa aderării la un cod etic profesional recunoscut oficial

Presupunând că sunt un simplu client, atunci când am în faţa mea un psihoterapeut, cred că am în faţă o persoană care are nu doar cunoştinţe despre om şi comportamentul lui, ci şi o anumită înţelegere faţă de preocupările şi frământările acestuia. Mai cred despre el că prin ceea ce face, nu se va folosii de mine pentru nevoile lui personale şi nici pentru a satisface nevoile altora în slujba cărora se află.

Pe de altă parte, ştiu că legăturile fine dintre manifestările interioare, emoţionale şi cele comportamentale ale oricărui individ sunt adesea sub lupa terapeutului, indiferent că este vorba de propriile manifestări sau de cele ale clientului. Altfel chiar şi cu cele mai bune intenţii, echilibrarea şi "igienizarea psihică" se pot transforma pe nesimţite într-un transfer (de la terapeut către client) nu doar de idei, valori şi comportamente dar şi de limite, incongruenţe sau blocaje.

De aceea existenţa unui cod etic şi de conduită a practicianului, fie el terapeut sau consilier, cod pe care acesta să-l respecte, mă poate securiza atunci când accept să dezvălui anumite fapte şi trăiri care îmi sunt proprii. Personal cred că acest cod, exprimat într-o formă sintetică şi concisă ar fi bine să fie pus la dispoziţia clienţilor.

Dar dacă se întâmplă să ajung client şi observ că terapeutul din faţa mea nu se prea ţine de etică, nici mult nu doresc să mai rămân în preajma lui în postură de client. Cred că i-aş propune totuşi, înainte, să inversăm rolurile încercând să-i arăt şi să-i transmit că îi va fi foarte dificil să ajungă la rezultatele aşteptate cu mine "clientul" devenit "terapeut" peste noapte întrucât pe lângă faptul că nu am un echilibru interior şi nu ştiu ce-i aia neutralitate şi respect pentru cel din faţa mea, nici nu prea am timp şi chef să-mi însuşesc vreun cod de etică profesională. Etica nu e întotdeauna convenabilă din acest punct de vedere şi oricum suntem într-o economie de piaţă liberă şi cui nu-i place să nu servească, mai gândesc unii.

Din fericire lucrurile nu stau chiar aşa cu toate că sporadic se mai întâlnesc şi astfel de cazuri. Orice tânăr terapeut sau aspirant la un astfel de statut trece printr-o perioadă de formare în care pe lângă optimizarea şi igienizarea sa psihică el este supus unei supervizări permanente centrate în bună măsură pe probleme de factură etică şi deontologică.

CAPITOLUL 3:
O nouă abordare metodologică în psihoterapia experiențială

În cercetările efectuate până în prezent, în cadrul orientării experiențiale au fost utilizate în special o serie de măsurători, de tipul scalelor, testelor, evaluări de tip creion-hârtie, observații clinice, studii de caz, etc. Toate aceste au făcut ca astăzi experiențialismul să fie recunoscut în lume, și destul de recent inclusiv de APA. Eficiența și eficacitatea psihoterapiei experiențiale a fost recunoscută cofirmată și apoi reconfirmată.

Inclusiv în România în anul 1997 s-au făcut primele măsurători privind efectele psihoterapiei experiențiale, în cadrul SPER, rezultatele confirmând în urma analizelor statistice o îmbunătățire evidentă a încrederii de sine, a asertivității și așa cum era de așteptat, a abilităților de comunicare. De asemenea opinia cea mai frecventă între participanții la grupurile de dezvoltare personală în manieră experiențială era că acestea sunt excelente pentru formarea viitorilor profesioniștii din psihologie care dorec să se îndreapte spre consiliere și psihoterapie.

DEMERSURI METODOLOGICE NOI ÎN DEZVOLTAREA PERSONALĂ

O primă etapă în analiza de casete video de dezvoltare personală a fost vizionarea a zeci de casete video și o analiză cât mai amplă asupra tipurilor de informații pe care acestea le pot conține și apoi le pot furniza observatorului pentru cuantificare.

La început a fost nevoie de numerotarea, ierarhizarea și ordonarea informațiilor de pe suportul de înregistrare, fie casetă video, fie dvd. Acest lucru a ușurat apoi foarte mult gestiunea informațiilor pe care acestea le conțin. Dintre înregistrările existente au fost alese acelea care prezentau relevanță pentru procesul de dezvoltare personală și nu atât pentru psihoterapia experiențială sau psihoterapia experiențială a unificării, pentru care ar fi fost necesare alte cerințe, inclusiv de ordin deontologic.

Deplasarea printre scenele video filmate era foarte greoaie pe casetele video, motiv pentru care am luat decizia de a transfera pe dvd toate înregistrările care urmau să între în analizele ulterioare, indiferent dacă acestea erau alese după anumite criterii sau pur și simplu aleator.

Înregistrările video oferă informații foarte diferite, unele de altele, forma e foarte diferită (pesonaje, proocedee, loc) dar conținuturile destul de asemănătoare(relația membrilor grupului, relaționarea trainer-grup, manifestările grupului, etc.) Acest fapt vine în sprijinul ideii că informațiile conținuturilor filmărilor video pot fi analizate nu doar calitativ ci și cantitativ.

Existau mai multe posibilități de demarare a unor cercetări în acest sens:

1. analiza unor înregistrări ale unuia şi aceluiaşi trainer
2. analiza unor înregistrări ale unuia şi aceluiaş grup
3. analiza unor înregistrări ale unor tehnici experienţiale alese
4. analiza unor înregistrări care conţin anumite momente cheie sau etape ale dezvoltării personale
5. analiza unor înregistrări aleatorii de pe mai multe casete

Din toate acestea am preferat ultima variantă pentru că cercetarea de acest tip fiind la început, devenea mai utilă o privire de ansamblu asupra dezvoltării personale decât una foarte restrânsă şi focalizată pe anumite momente, persoane sau detalii tehnice. Astfel de cercetări putând fi oricând demarate ulterior.

Înregistrarile video au câteva caracteristici care le oferă şi avantaje şi dezavantaje în analiza lor.

Caracteristici generale ale înregistrărilor video

– relativ usor de observat şi analizat nefiind necesare, azi prea multe accesorii pentru a le viziona
– pot fi urmărite cu viteze diferite
– păstrează întotdeauna cronologia evenimentelor
– permit inclusiv studii longitudinale
– pot fi vizionate şi în sens invers (temporal)

Pe lângă acestea înregistrările pe suport dvd au în plus şi alte caracteristici:

Caracteristici speciale ale înregistrărilor şi secvenţelor de pe suport dvd

– au o constanţă a conţinuturilor, la fiecare vizionare, la fiecare secundă, scena e aceeaşi, lucru care nu se întâmplă mereu pe casete video
– deplasarea e foarte rapidă, cusorul se poate muta aproape instantaneu la orice secvenţă
– scenele pot fi uşor compuse, decupare, descompuse
– permit extragerea sunetului separat de imagine

Toate aceste observaţii au condus spre elaborarea unor obiective de cercetare, generale respectiv specifice şi a unor ipoteze de cercetare care să poată fi testate folosind aparatul statistic incorporat în pachetul SPSS.

3.1. Obiectivele cercetării

Obiectivul general al cercetării îl reprezintă realizarea unui nou suport teoretico-metodologic pentru valorificarea unui efort de peste 10 ani de dezvoltare a psihoterapiei experienţiale în România prin identificarea unui sistem de variabile obiective care apar în calitate de factori predictori ai demersului de dezvoltare personală realizat prin grupuri de dezvoltare personală experienţiale.

Obiectivele specifice:

1. Determinarea unui sistem de indicatori capabili să cumuleze factorii cei mai importanţi din cele 3 dimensiuni: trainer, grup şi relaţia trainer-grup în care se desfăşoară grupul de dezvoltare de tip experienţial.

2. Un alt obiectiv specific îl reprezintă găsirea unor modele terapeutice de tip experienţial care să ducă la promovarea şi îmbunătăţirea calităţii serviciilor de dezvoltare personală prin creşterea adecvării trainerilor şi promovarea acelor modalităţi de lucru care sunt susţinute de rezultatele obiective ca urmare a măsurătorilor şi analizelor statistice confirmatorii.
3. Un al treilea obiectiv îl reprezintă realizarea unui set de propuneri concrete plecând de la factorii predictori cei mai importanţi care să fie incluse în programele formative ale psihologilor aflaţi în supervizare şi care să optimizeze adecvarea acestora în demersurile lor viitoare de dezvoltare personală.
4. Şi în fine un al patrulea obiectiv îl constituie realizarea unei noi metodologii de cercetare în psihoterapie, care să acopere în parte hiatusul dintre spaţiul subiectiv de trăire şi înţelegere a experienţei terapeutice şi spaţiul perceptual obiectiv, replicabil şi cuantificabil cerut de abordarea stiinţifică serioasă în psihologie.

Lucrarea de faţă nu caută să acopere într-o manieră exhaustivă şi definitivă acest spaţiu, descris mai sus în obiectivele specifice menţionate, ci doar să propună o punte de trecere pe distanţa dintre subiectivul sensibil şi obiectivul inteligibil, dizolvând puţin din armurile metodologice create în timp de fapt tocmai pentru conservarea experinţei terapeutice valoroase, dar atât de necesare într-un timp în care devalorizarea se putea lesne întâmpla, intrumentele lumii stiinţifice fiind încă mult prea rudimentare pentru surprinderea detaliilor tehnice, atitudinale sau comportamentale de mare fineţe, adesea implicate în procesul de dezvoltare personală în general şi în cel de dezvoltare personală în manieră experienţială în particular.

3.2. Ipotezele cercetării

Ip. 1 *Între evaluările secvenţelor de 3, 5, 7 minute nu există diferenţe majore, durata secvenţei nu influenţează cotarea acesteia.*

Ip. 2 *Factorii ce influenţează aprecierea secvenţei de dezvoltare personală sunt de 3 tipuri ce ţin de: de terapeut, de grup şi de relaţia dintre ei.(corelatii şi ecuaţia de regresie)*

Ip. 3 *Aprecierile generale ale evaluatorilor ţin mai mult seama de manifestările grupului(ecuaţia de regresie)*

Ip. 4 *Manifestările corporale şi verbale sunt cei mai importanti predictori (proporţiile cele mai mari ale factorilor din ecuaţia de regresie)*

3.3. Prezentarea design-ului (modelului) experimental

Pentru a măsura avem întotdeauna nevoie de un instrument de măsură. Suntem foarte obişnuiţi să măsurăm utilizând o riglă, un cântar sau de ce nu, un termometru, pentru că ceea ce măsurăm sunt realităţi fizice, tangibile, inteligibile, stabile şi astfel cuantificabile. Însă nu întotdeauna procedeul acesta rămâne la fel de simplu dacă ne

deplasăm spre disciplinele socio-umane. Dacă vrem să evaluăm cât de anxioasă ori cât de sociabilă e o persoană, nu mai avem acelaşi tip de instrument şi nici nu mai avem de-a face cu realităţi care, deşi inteligibile, nu mai sunt tangibile şi de multe ori nici stabile. Astfel găsirea unor intrumente adecvate şi validarea acestora a fost o mare încercare pentru psihologie şi pentru întregul evantai de disciplinele socio-umane existente astăzi.

De la primele măsurători făcute cu scale, probe adesea de tip creion hârtie s-a parcurs un drum destul de important ajungându-se astăzi la precizie mult sporită, la instrumente validate şi perfecţionate dar şi la o nouă viziune asupra modului de investigare a acestor realităţi. Acest lucru a fost posibil pe de-o parte graţie dezvoltării explozive a informaticii şi mai ales a vitezei de calcul şi testare realizat cu ajutorul calculatoarelor pe de-o parte şi a contribuţiei multor statisticieni care au elaborat împreună cu informaticienii programe de prelucrări şi analize statistice elaborate şi foarte sofisticate pentru specialiştii din domeniile socio-umane. Dar astfel s-a creat un nou instrument de evaluare şi testare rămânând doar problema cuantificării primare a informaţiilor sensibile şi inteligibile, care apoi pot fi transformate şi eventual adaptate nevoilor de cercetare. Evident utilizarea instrumentului statistic nu e deloc comodă şi presupune mult efort pentru deprinderea utilizării lui, efort în bună masură asumat deja de mulţi dintre psihologii contemporani, care au înţeles importanţa utilizării unui astfel de instrument.

Dacă mai există încă o rezervă în acest sens este doar o chestiune de timp până când, dacă specialiştii din psihologie nu se vor adapta foarte repede la programele sau pachetele de programe de prelucrări statistice, atunci vor fi adaptate programele la necesităţile, deficienţele şi limitele umane. Fără ca aceasta să fie o predicţie pentru un viitor mult prea îndepărtat, deja flexibilitatea şi simplificarea pachetelor de programe de tipul SPSS, SAS sau Stasistica au făcut paşi în acest sens cu fiecare nouă versiune apărută.

Şi totuşi rămâne problema culegerii datelor şi a inregistrării lor care încă suportă îmbunătăţiri, adaptări şi optimizări. În acest sens, în psihologie, inclusiv în psihoterapie, consiliere sau în simpla dezvoltare personală s-au cules o serie de informaţii deosebit de importante pentru înţelegerea acestor procese şi a interacţiunilor dintre participanţi, aceste informaţii fiind stocate pe suport magnetic sau optic, ultima variantă având o perioadă de viaţă de circa 100 de ani până la deteriorare suportului fizic, dar conţinutul informaţiei fiind codat digital în limbaj binar, nu se poate deteriora şi poate fi oricând replicat ori clonat pe un nou suport ca o copie fidelă a originalului fără nici o pierdere informaţională.

Revenind la ideea de măsurare, voi încerca o comparaţie pe care, ulterior, o voi folosi ca argument în vederea realizării modelului experimental. Dacă dorim să măsurăm caracteristicile unei persoane, primul lucru pe care îl avem de făcut este să avem persoana, şi abia apoi să o observăm pentru a-i aprecia caracteristicile. Multitudinea de caracteristicile pe care le are persoană nu ne permit o înregistrare integrală a acestora, dacă ştim, în schimb, că multe dintre ele sunt legate unele de celelalte în manifestările persoanei. Astfel dacă observăm, de exemplu starea de agitaţie a unei persoane urmărind mişcările şi gesticulaţia rapidă asociată cu un debit verbal mai mare vom putea presupune că aceasta este nervoasă şi că are o creştere a ritmului cardiac sau a ritmului respirator fără însă să observăm (măsurăm) direct pulsul sau frecvenţa respiratorie. Dar de asememenea putem măsura încă alte 10 caracteristici ale persoanei şi evident nu vom epuiza trăsăturile persoanei. Dar e la fel de adevărat că nici nu vor prezenta toate interes. Ce este important aici de reţinut este faptul că avem posibilitatea de măsurare multiplă dar nu exhaustivă.

Acum, dacă înlocuim persoana cu o secvenţă video filmată în care este implicată chiar acea persoană şi nu în condiţii de măsurare, de laborator sau de examinare ci în condiţiile fireşti în care persoana se comportă şi interacţionează, avem în faţă o realitate care conţine intrinsec în ea o multitudine de informaţii despre acea persoană, unele vizibile direct altele nu, la fel ca şi în cazul unei persoane reale. Ce nu avem în schimb aici, nu avem posibilitatea unui feed-back imediat din partea acelei persoane în cazul în care am avea nevoie de el, dar oricum aceasta se întâmplă foarte rar în condiţiile unui design de cercetare.

Înlocuind aşadar suportul acesta viu care are o multitudine de caracteristici observabile cu suportul magnetic sau optic, pe care să-l numim „secvenţă video", o parte din informaţiile observaţiei naturale se pot pierde, dar se câştigă însă multe din informaţiile care, altfel, în mod normal scapă privirii obişnuite sau care nu ar putea fi sub nici o formă observate simultan în timp real, datorită numărului lor extrem de mare. Iată deci un avantaj imens pe care îl avem astăzi, prin folosirea suporturilor acestea noi de stocare şi conservare a informaţiilor. Un alt mare avantaj îl prezintă faptul că stocarea în timp, în acest fel, face posibil studiul longitudinal în care mulţimea de caracteritici, multitudinea de variabile pot fi observate longitudinal oricând cineva îşi propune sau când există necesităţi practice justificate ale unui astfel de studiu.

Astfel prin această înlocuire se crează cadrul pentru un tip de cercetare „la rece" care permite nu doar cuantificări destul de precise ci şi eventuale reanalizări sau recuantificări ulterioare.

Astfel preluând analogia persoană – secvenţă filmată, valabilă doar din punct de vedere metodologic, putem considera orice secvenţă conţinătoare de nenumărate de caracteristici care se pot constitui în variabile de studiu, unele vizibile alte mai puţin vizibile, la fel ca şi în cazul oricărei persoane. Dar aici nu avem de-a face cu persoane ci cu informaţii cuantificabile, unele mai simplu, altele însă ceva mai greu. Aceste informaţii sunt unele despre persoanele implicate în acele imagini, altele despre eventualele alte personaje, altele despre interacţiunile care au loc, altele despre context în ansamblul lui s.a.

Practic chiar dacă am face o măsurătore cu o persoană direct implicată, de faţă la măsurare, rezultatele înregistrărilor vor fi trecute tot pe un suport de stocare, chiar dacă acesta este chiar clasica foaie de hârtie. Suportul de înregistrare devine astfel doar un suport de transfer al informaţiilor în timp, de la un moment dat – cel al înregistrării la un alt moment dat – cel al analizei acelor date. Timpul acesta poate fi mai scurt, alteori poate fi mai lung, şi aceasta e de fapt diferenţa majoră.

Pentru realizarea obiectivelor cercetării de faţă am folosit înregistrări video făcute pe parcursul a aproape 8 ani, în perioada 1996–2004. Unele dintre aceste înregistrări au fost făcute pe casete video – cele mai vechi, altele pe dvd-uri - cele mai noi.

Prima problemă care a apărut a fost legată de alegerea înregistrărilor video care să fie supuse apoi evaluărilor şi cuantificărilor. Pentru a putea face o apreciere asupra unui proces terapeutic sau a unuia de dezvoltare personală chiar şi minimal pentru a face o apreciere asupra eficienţei acelui demers nu se poate miza pe o singură înregistrare sau pe analiza unui grup restrâns de secvenţe chiar din mai multe şedinţe.

Un sistem de date reprezentative se poate culege în urma selecţiei unui eşantion aleator de date sau a unuia ales structurat, în funcţie de caracteristicile populaţiei de date

din care provine. Întrucât a doua variantă este mult mai dificilă în condiţiile în care avem de-a face cu înregistrări video încă neexplorate este de preferat prima variantă.

Totuşi în cele ce urmează nu eficienţa va fi urmărită, ea fiind deja probată pe parcursul anilor anteriori ci extragerea unui sistem de variabile-indicatori de pe înregistrările video care să poată fi apoi utilizate în diferite predicţii cu privire la evoluţia demersului de dezvoltare personală sau de psihoterapie experienţială dacă e cazul. Procesul de dezvoltare personală este, aşa cum spuneam mai sus, unul de lungă durată şi nu tranzitoriu, este un proces cumulativ, gradat şi mai ales restructurant. Cercetarea lui plecând de la informaţiile conţinute în înregistrările video naşte însă o serie de aspecte de care trebuie ţinut seamă încă de la început:

1. câte secvenţe aleatorii sunt necesare şi de pe câte înregistrări video pentru a avea o reprezentativitate suficientă şi o consistenţă a datelor?
2. cât de multe informaţii, de pe fiecare secvenţă video, sunt necesare pentru extragerea unor indicatori care să fie predictori pentru dezvoltarea personală?
3. care este durata minimă pe care poate să o aibă o secvenţă video pentru a conţine informaţii suficiente care în primul rând să poată fi detectate, apoi cuantificate şi apoi să poată fi regăsite şi pe alte secvenţe video pentru cuantificare? Dar durata maximă a secvenţei video, după care informaţiile detectabile devin redundante?
4. sunt la fel de importante informaţiile de la începutul înregistrării video ca şi cele de la sfârşitul acesteia sau la fel ca o secvenţă din mijlocul unei sedinţe?
5. dezvoltare personală individuală e comparabilă cu cea desfăşurată în grup dacă trainerul este acelaşi?

Iată doar câteva dintre întrebările care s-au născut încă de la început şi de care am ţinut seamă pe rând, încercând un control al variabilele care puteau altera rezultatul cercetării.

ALEGEREA LOTULUI DE SECVENŢE ALEATORII ŞI CARACTERISTICILE PRINCIPALE ALE ACESTUIA

Pentru realizarea acestei cercetări am beneficiat de baza de înregistrări video din Societatea de Psihoterapie Experienţială din România, SPER, care dispune de astfel de înregistrări de la începuturile sale, de prin anii 1996–1997 şi până în prezent. Sigur că evoluţia şcolii şi a psihoterapiei experienţiale din cadrul şcolii va fi inevitabil surprinsă prin vizionarea secvenţe video urmărite în ordine cronologică. Dar acesta nu este parte a obiectivului cercetării. În vizionarea secvenţelor video au fost urmărite doar acele înregistrări care conţineau în ele demersuri de dezvoltare personală desfăşurate în grupuri de dezvoltare personală în manieră experienţială acestea derulându-se înainte de anul 2004.

Membrii participanţi la aceste grupuri de dezvoltare experienţială şi-au dat acordul pentru înregistrările video şi pentru utilizarea acestora în scopuri didactice sau de cercetare în cadrul SPER, de către membri acestei societăţi.

Pentru a cuantifica cât mai multe aspecte comportamentale, gestuale, emoţionale sau verbale care apar în înregistrările video a fost nevoie de alegerea a peste 68 de sedinţe de grup, înregistrate pe casete video sau pe dvd-uri. Din acestea, într-o primă etapă s-au făcut transferuri de secvenţe video într-un format uşor de redat pe dvd playere sau pe display-ul calculatoarelor.

O primă etapă a constituit-o selectarea intervalului minim necesar pentru secvenţa video pentru ca evaluatori avizat, toate persoane cu experienţă în dezvoltarea personală să poată face aprecieri cuantificabile în privinţa secvenţelor vizioate. S-au selectat aleator secvenţe video de dezvoltare personală, de durate diferite, care au fost înregistrate pe un CD care a fost apoi date spre vizionare unor specialişti cu experienţă, din cadrul şcolii experienţiale SPER.

În total pe acest CD au fost înregistrate 16 secvenţe video cu următoarele durate:

a. 3 secvente cu durată 1 min.
b. 2 secvente cu durată 2 min.
c. 3 secvente cu durată 3 min.
d. 3 secvente cu durată 5 min.
e. 3 secvente cu durată 7 min.
f. 2 secvente cu durată 10min.

Specialiştilor li s-a cerut precizare duratei minime necesare pentru ca aceştia să-şi poată forma o opinie minimală, evaluativă, cu privire la demersul de dezvoltare personală încifrat în secvenţele video urmărite. Majoritatea dintre ei au menţionat faptul că secvenţele de 1min. sau 2 min. sunt prea scurte, fiind insuficiente pentru formarea unei aprecieri minimale, dar că secvenţele de 3-5 minute sunt în cele mai multe cazuri suficiente. O singură persoană a precizat o durată minimală de preferinţă între 5–10 minute.

Dacă există o diferenţă importantă, semnificativă între evaluările făcute pentru secvenţele de 3, 5 sau 7 minute, aceasta se va costata ulterior prin compararea rezultatelor evaluărilor prin ANOVA unifactorial pentru cele 3 eşantioane, determinate de cele 3 durate ale secvenţelor.

În aceste condiţii s-au realizat selecţii de secvenţe aleatorii cu durate de 3, 5 şi respectiv 7 minute. În total s-au selectat aleator 93 de secvenţe video de dezvoltare personală, de pe cele 68 de casete video şi dvd-uri. Acestea au fost scrise pe un dvd împreună cu o secvenţă care se repetă (pentru un control minimal al constanţei evaluării aceluiaşi expert) şi cu foaia de răspuns elaborată special pentru o evaluare rapidă a fiecărei secvenţe video.

Instructajul a cuprins câteva precizări importante în cotarea pe care urmau să o realizeze 5 experţi, la care s-au adăugat apoi incă 2, astfel că fiecare secvenţă video urma să fie analizată şi evaluată de 7 experţi:

Vă sunt prezentate în continuare mai multe înregistrări video sub forma unor secvenţe care au fost alese aleator din casetele filmate în cadrul grupurilor de DP experienţială din diferţi ani 1996–2004 Vă rog să vizionaţi cu multă atenţie secvenţele video şi să cotaţi cu note de la 1 la 5, 1= notă minimă; 5 = notă maximă patru aspecte principale asa cum sunt ele precizate în cele ce urmează:

1. *gradul de adecvare al trainerului*
2. *gradul de participare al grupului*
3. *gradul de relaţionare trainer-grup*
4. *evaluaţi gradul în care demersurile din secvenţa video vă par semnificative pentru pezvoltarea personală.*

Cotarea se face în felul următor:
1 = nivel foarte scăzut ,
2 = nivel scăzut ,
3 = nivel mediu,
4 = nivel ridicat,
5 = nivel foarte ridicat,

Verificaţi foaia de răspuns şi vă rog să adresaţi orice întrebare sau nelămurire aveţi înainte de a începe cotarea secvenţelor video (vezi Anexa 01)

De menţionat că toţi aceşti experţi aveau experienţă suficientă pentru a pute face evaluări individuale de pe înregistrările de tip video.

Experţii au fost împărţiţi în două grupe:

Grupa A – 6 experţi

a experţilor cărora li s-a solicitat cotarea secvenţelor după cele 4 criterii

Grupa B – 3 experţi

a experţilor cărora li s-a solicitat cotarea variabilelor dintr-o listă de variabile care pot fi observate (în mod obiectiv) în secvenţele video.

Această ultimă grupă de experţi este mai mică ca dimensiune, pentru că practic este nevoie doar de o validare a faptului că măsurările zise obiective, sunt întradevăr obiective şi cotările acestora nu diferă între ele atunci când se trece de la un evaluator la altul. În plus aceştia au evaluat doar o parte din secvenţele video, doar 16 secvenţe, pe care le-am ales aleator dintre cele 93 de secvenţe video.

În continuare voi prezenta lista de variabile independente, de tip predictor, vizibile şi cuantificabile direct de pe secvenţele video şi care au fost evaluate de experţii din grupa B. Această listă cuprinde 30 de variabile iniţiale a căror cotare s-a făcut pe trei niveluri de măsură, nivelul scalar (intervalele dintre valorile consecutive sunt egale), nivelul ordinal şi nivelul nominal (pentru acest nivel s-au utilizat doar variabile dihotomice).

Acestea au fost grupate după în 4 categorii:

1. variabile prin care urmau să fie evaluaţi trainerii
2. variabile prin care urma să fie grupul şi manifestările sale
3. variabile prin care urma să fie evaluată relaţionarea trainer-grup
4. variabile prin care urma să fie contextul/ambientul

La aceste variabile s-a ajuns în urma a nenumarate vizionări de secvenţe video şi a consultărilor cu specialişti din domeniu. Evident unele dintre aceste variabile urmau să fie eliminate dacă se dovedeau imposibil de măsurat în condiţiile modelului experimental.

În continuare sunt listate aceste variabile împreună cu modul de cotare în ordinea categoriilor meţionate mai sus.

Variabile prin care se cuantifică manifestări ale trainerul:

1. Claritatea vocii (da/nu)
2. Amplitudinea vocii (frecvenţa medie a centroidului)
3. Expresivitatea vocii (distanţa dintre tonurile minime/maxime în Hz)
4. Frecvenţa intervenţiilor trainerului (nr. de intervenţii/secvenţă)

5. Timpul de reacţie al terapeutului la manifestările grupului(scurt, mediu, lent)
6. Timpul de deplasarea în spaţiu al trainerului (nr. de secunde)
7. Existenţa contactului fizic cu memmbri grupului (da/nu)
8. Nr. de traineri (1/2)
9. Sexul (f/m)
10. Vârsta (ani)
11. Ţinuta verticală a corpului (da/nu)
12. Simţul umorului (da/nu)
13. Stilul directiv/nondirectiv(directiv/nondirectiv)

Variabile prin care se cuantifică manifestările grupului:

14. Mişcarea-dinamica spaţială a grupului (da/nu)
15. Prezenţa gesticii neadecvate la membri grupului (da/nu)
16. Vizibilitatea membrilor participanţi (mare/mică)
17. Nr. membrilor din grup
18. Distanta medie dintre membri grupului
19. Prezenţa manifestărilor emotioanale la membrii grupului(râs, zâmbete, lacrimi, bucurie, etc) (nr. de manifestări)
20. Omogenitatea grupului (da/nu)
21. Atmosferă de grup destinsă (da/nu)

Variabile prin care se cuantifică relaţionarea trainer-grup:

22. Diferenţa de voce trainer-grup (peste grup/la nivelul grupului/sub nivelul grupului)
23. Nr de feed-back-uri pozitive oferite de grup
24. Nr de feed-back-uri pozitive oferite de trainer
25. Menţinerea atenţiei grupului (da/nu)
26. Similaritatea poziţiilor membrilor grupului şi a trainerului (da/nu)
27. Non-conflictualitatea trainer-grup (da/nu)

Variabile de cuantificare a cadrului/contextului:

28. Sonorizarea (da/nu)
29. Ordinea din spaţiul de lucru (da/nu)
30. Gradul de aglomeraţie al spaţiului (da/nu)

Dintre aceste date nu toate vor fi aplicabile direct procedurilor statistice de analiză a datelor, ci o parte dintre acestea vor fi transformate în format numeric sau vor constitui baza de construcţie a unor noi variabile.

3.4. Analiza şi prelucrarea datelor

În urma sintetizării datelor colectate de la experţi am construit baza de date (vezi Anexa 02) cu ajutorul SPSS, variabilele de tip dihotomic le-am codificat numeric în 1 şi 0 pentru a le adecva procedurilor de regresie multiplă. Am mai transformat variabila <Frecvenţa intervenţiilor trainerului (nr. de intervenţii pe secvenţă)> în Frecvenţa intervenţiilor trainerului/minut (nr. de intervenţii/ minut)

Răspunsurile obţinute de la experţii din grupul B pentru care am obţinut o variabilitate a măsurătorilor la diferite variabile m-au obligat să reconsider acele variabile drept măsurători mai puţin obiectivabile şi în marea lor majoritate le-am eliminat. Evident nu înseamnă ca acele variabile nu sunt importante, dar deocamdă nu am găsit o modalitate de cuantificare obiectivă a lor, care să le facă potrivite pentru analizele propuse.

În unele cazuri secvenţele nu permit identificarea unor valori, caz în care am păstrat variabilele doar dacă aveau foarte puţine valori lipsă pe care le-am prelucrat conform cu procedurile statistice adecvate (missing value replacement)

Iar variabila <Vizibilitatea membrilor participanţi (mare/mică)> are o variabilitate extrem de mică fiind aproape o constantă, astfel că a fost şi ea eliminată

Ca urmare noua listă devine:

Variabile prin care se cuantifică manifestări ale trainerul:

Amplitudinea vocii trainerului (frecvenţa medie a centroidului)
Expresivitatea vocii (distanţa dintre tonurile minime/maxime în Hz)
Frecvenţa intervenţiilor trainerului (nr. de intervenţii/secvenţă)
Timpul de reacţie al terapeutului la manifestările grupului(scurt, mediu, lent)
Timpul de deplasarea în spaţiu al trainerului (nr. de secunde)
Existenţa contactului fizic cu membri grupului (da/nu)
Nr. de traineri (1/2)
Sexul (f/m)
Vârsta (ani)
Simţul umorului (da/nu)
Stilul directiv/nondirectiv(directiv/nondirectiv)

Variabile prin care se cuantifică manifestările grupului:

Mişcarea-dinamica spaţială a grupului (da/nu)
Prezenţa gesticii neadecvate la membri grupului (da/nu)
Nr. membrilor din grup
Prezenţa manifestărilor emoţionale la membrii grupului (râsete, zâmbete, lacrimi, bucurie, etc) (nr. de manifestări)
Omogenitatea grupului (da/nu)

Variabile prin care se cuantifică relaţionarea trainer-grup:

Diferenţa de voce trainer-grup (peste grup/la nivelul grupului/sub nivelul grupului) – variantă adiţională folosită RMS(radicalul mediei pătratice a frecvenţelor)
Nr de feed-back-uri pozitive oferite de grup
Nr de feed-back-uri pozitive oferite de trainer
Menţinerea atenţiei grupului (da/nu)
Similaritatea poziţiilor membrilor grupului şi a trainerului (da/nu)

Variabila de cuantificare a cadrului/contextului rămasă:

Sonorizarea (da/nu)

O primă evaluare a variabilelor rămase şi a distribuţiei acestora poate fi făcută prin intermediul graficelor şi a câtorva coeficienţi statistici după cum se observă mai jos:

De ex. variabila – Frecvența intervențiilor trainerului (nr. de intervenții/secvență) are următoarele caracteristivi:

	Cases					
	Valid		Missing		Total	
	N	Percent	N	Percent	N	Percent
frecventa interventiilor trainerului/min	94	100.0%	0	.0%	94	100.0%

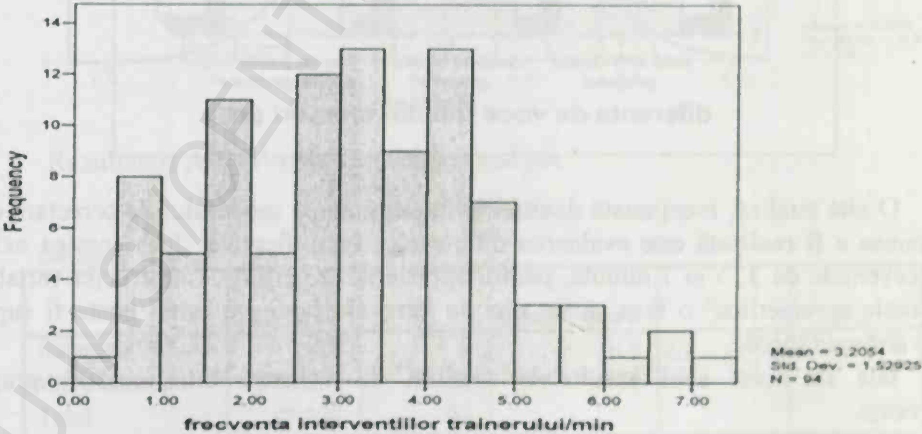
Descriptives

			Statistic	Std. Error
frecventa interventiilor trainerului/min	Mean		3.2054	.15773
	95% Confidence Interval for Mean	Lower Bound	2.8922	
		Upper Bound	3.5186	
	5% Trimmed Mean		3.1573	
	Median		3.2402	
	Variance		2.339	
	Std. Deviation		1.52925	
	Minimum		.47	
	Maximum		7.03	
	Range		6.56	
	Interquartile Range		2.19	
	Skewness		.286	.249
	Kurtosis		-.296	.493

Testarea normalității datelor

	Kolmogorov-Smirnov(a)			Shapiro-Wilk		
	Statistic	df	Sig.	Statistic	Df	Sig.
frecventa interventiilor trainerului/min	.061	94	.200(*)	.979	94	.143

* This is a lower bound of the true significance.
a Lilliefors Significance Correction



Pentru mai multe detalii consultaţi Anexa 03.

Sau din grupul variabilelor de relaţionare prezentăm variabila <Diferenţa de voce trainer-grup (peste grup/la nivelul grupului/sub nivelul grupului)> măsurată la nivel ordinal.

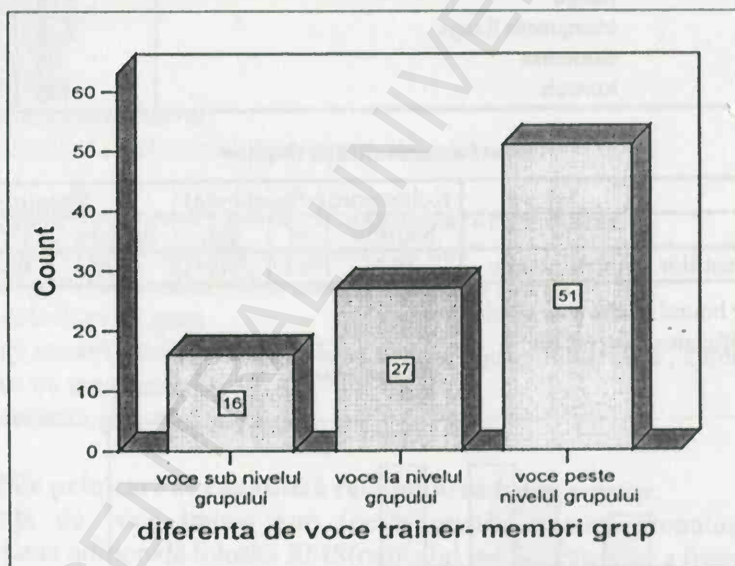
Statistics

diferenta de voce trainer- membri grup

N	Valid	94
	Missing	0
Median		3.00

diferenţa de voce trainer- membri grup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voce sub nivelul grupului	16	17.0	17.0	17.0
	voce la nivelul grupului	27	28.7	28.7	45.7
	voce peste nivelul grupului	51	54.3	54.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	



O altă analiză, menţionată dealtfel şi în prezentarea modelului de cercetare care se impunea a fi realizată este evaluarea diferenţelor semnificative, dacă acestea există, între secvenţele de 3, 5 şi 7 minute, pentru aprecierile experţilor. Construcţia variabilei "medianele aprecierilor" o face să fie una cu intervale egale, şi astfel poate fi supusă testării normalităţii

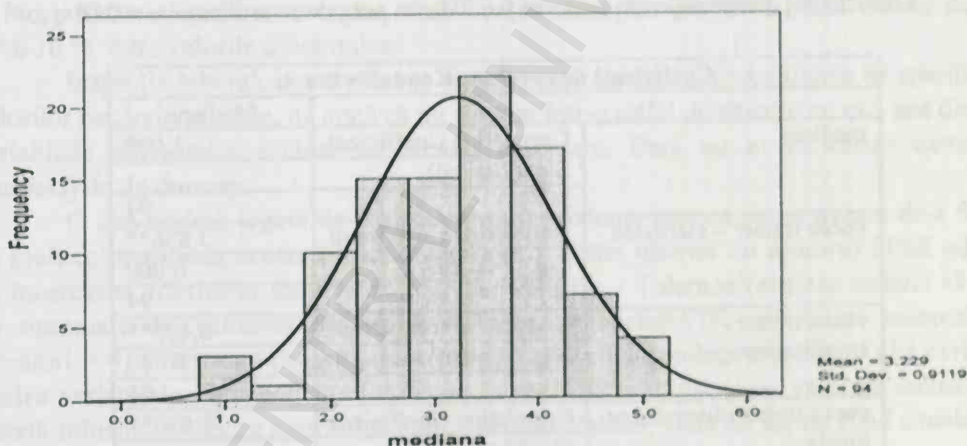
Iată în acest sens rezultatele analizei de varianţă între cele 3 grupuri de secvenţe.

Tabelul frecventelor:

mediana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.0	3	3.2	3.2	3.2
	1.5	1	1.1	1.1	4.3
	2.0	10	10.6	10.6	14.9
	2.5	15	16.0	16.0	30.9
	3.0	15	16.0	16.0	46.8
	3.5	22	23.4	23.4	70.2
	4.0	17	18.1	18.1	88.3
	4.5	7	7.4	7.4	95.7
	5.0	4	4.3	4.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

Explorarea normalităţii distribuţiei medianei ne conduce la concluzia că ne aflăm în zona acceptabilă a normalităţii, având în vedere valorile coeficienţilor de asimetrie şi aplatizare (skewness = – 0.262 şi kurtosis = – 0.216) aşa încât vom aplica ANOVA unifactorial un test oricum destul de robust faţă de abaterile de la normalitate. Explorarea histogramei valorilor ne arată că distribuţia se apropie de forma normală.



Rezultatele ANOVA sunt prezentate mai jos:

ANOVA

mediana

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.955	2	.478	.569	.568
Within Groups	76.377	91	.839		
Total	77.332	93			

Pentru detalii consultaţi Anexa 04

Astfel Ip.1 se confirmă şi conform acesteia între evaluările secvenţelor de 3, 5, 7 minute nu există diferenţe majore, evaluărilor experţilor nefiind influenţate major de durata secvenţei.

Următorul pas important a fost investigarea corelaţiilor posibile între variabile. O matrice simplă a corelaţiilor ne oferă o primă imagine asupra variabilelor care le putem păstra în studiu şi a celor pe care, deocamdată, le putem elimina. Am utilizat corelaţia Kendall care nu necesită respectarea condiţiilor de normalitate.

vezi Anexa 05

Inspectând tabloul corelaţiilor Kendall, observăm mai multe corelaţii semnificative, la un nivel de semnificaţie $p <= 0.05$ sau $p <= 0.01$

Iată în continuare lista de corelaţii semnificative între valorile medianei aprecierilor experţilor şi variabilele dimensiunii(categoriei) trainer obiectivabile de pe secenţele video:

După cum se observă în tabelul de mai jos putem constata o serie de corelaţii între aprecierile experţilor şi variabilele identificate din înregistrările video şi asociate trainerului. Aşa de exemplu între mediana aprecierilor experţilor corelează cel mai puternic cu diversitatea tonală, specifică exprimărilor expresive.

Coeficientul de corelaţie are valoarea 0.570 la un prag de semnificaţie $\alpha = 0.01$

Coeficienţi de corelatie Kendall's tau_b		
		Mediana
mediana	Correlation Coefficient	1.000
	Sig. (2-tailed)	.
	N	94
vocea trainer – claritatea	Correlation Coefficient	3.836**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	94
vocea trainer – amplitudinea	Correlation Coefficient	0.403**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	94
vocea trainer-diversitatea tonala	Correlation Coefficient	0.570**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	94
frecvenţa intervenţiilor trainerului/min	Correlation Coefficient	0.240**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	94
răspuns al trainerului la manifestările membrilor grupului	Correlation Coefficient	0.337**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	94
mobilitatea în spaţiu a trainerului	Correlation Coefficient	0.313**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	94

vârsta	Correlation Coefficient	0.209**
	Sig. (2-tailed)	0.009
	N	94
simţul umorului	Correlation Coefficient	0.475**
	Sig. (2-tailed)	0.000
	N	94
nr. de traineri	Correlation Coefficient	(-).316**
	Sig. (2-tailed)	0.001
	N	94
sexul – trainer	Correlation Coefficient	-0.035
	Sig. (2-tailed)	0.701
	N	94
**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).		
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).		

pentru consultarea celelorlalte corelaţii vezi Anexa 05

Pentru a testa în continuare ipotezele cercetării este necesară determinarea unei ecuaţii de regresie multiplă, care, după cum observăm, prin trecerea în revistă a variabilelor, va conţine printre variabilele independente şi variabile de tip dihotomice (dummy) care, în general, cer o tratare specială. Mai întâi, ceea ce prezintă interes încă de la început este eliminarea acestora, dacă conţin un raport procentual mai drastic decât 90%-10 % între valorile dihotomice.

Inspecţia tabelului cu frecvenţe simple, care conţine şi procentajele de apariţie a valorilor fiecărei variabile, ne arată că nu suntem într-o astfel de situaţie cu nici una dintre variabilele dihotomice incluse în această cercetare. Deci nu avem cazuri extreme (outliers) de tip dummy.

O altă cerinţă legată de variabilele independente este ca sa nu aveam de-a face cu multicoliniaritatea acestora. Acest lucru va fi testat ulterior cu ajutorul SPSS odată cu încercarea diferitelor modele de regresie valorile – Toleranei(acestea trebuie să nu fie apropiate de valoarea 0), Variance-Inflation Factor(VIF, intervalul acceptabil: 1>valori < 4) şi testarea propriuzisă a coliniarităţii. Independeţa erorilor, o altă cerinţă pentru variabilele independente implicate în regresia multiplă şi ea va fi de asemenea testată folosind SPSS cu ajutorul testului Durbin-Watson, valorile ideale fiind situate în jurul valorii 2.

În privinţa variabilei dependente, reprezentată de valorile medianei aprecierilor experţilor, am văzut deja că avem o distribuţie aproximativ normală. Aici putem spune că modalitatea inedită de construcţie a acestei variabile o face să aibă intervalele egale, astfel ca respectăm şi acestă condiţie necesară şi de fapt anterioară verificării normalităţii.

Valorile acestei variabile pot fi: 1 – 1,5 – 2 - 2,5 – 3 - 3,5 – 4 – 4,5 – 5 între care intervalele sunt egale.

Aplicând procedura de regresie multiplă din SPSS, procedura stepwise, obţinem o listă cu variabilele care pot prezice valorile aprecierile experţilor. Acestea sunt:

- Diversitatea tonală a vocii trainerului
- Manifestări emoţionale la membri grupului
- Mobilitatea în spaţiu a trainerului
- Simţul umorului, la trainer
- Diferenţa de voce trainer- membri grup
- Omogenitatea de gen a grupului

Variables Entered/Removed(a)			
Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	vocea trainer- diversitatea tonala	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
2	manifestari emotionale la membri grupului	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
3	mobilitatea in spatiu a trainerului	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
4	simtul umorului	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
5	Diferenta de voce trainer- membri grup	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
6	omogenitatea grupului	.	Stepwise (Criteria: Probability-of-F-to-enter <= .050, Probability-of-F-to-remove >= .100).
a. Dependent Variable: mediana			

Pentru toate aceste variabile după cum se observă în tabelul de mai jos sunt respectate condiţiile discutate anterior legate de coliniaritate

Model		Collinearity Statistics	
		Tolerance	VIF
6	(Constant)		
	vocea trainer-diversitatea tonala	0.659	1.518
	manifestari emotionale la membri grupului	0.751	1.332
	mobilitatea in spatiu a trainerului	0.893	1.120
	simtul umorului la trainer	0.673	1.485
	diferenta de voce trainer- membri grup	0.712	1.404
	omogenitatea de gen a grupului	0.921	1.085
a. Dependent Variable: mediana			

Tabelul de mai jos prezintă valorile coeficientului total de corelaţie R şi proporţiile în care fiecare model participă la predicţia valorilor medianelor aprecierilor experţilor. După cum vedem ultimul model, modelul 6, are cea mai mare valoare predicitvă, iar coeficientul Durbin-Watson este foarte aproape de valoare 2, ideală

Modele de regresie (sumar)

Model	R	R Square	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics					Durbin-Watson
					R Square Change	F Change	df1	Df2	Sig. F Change	
1	0.643	0.414	0.407	0.7021	0.414	64.872	1	92	0.000	
2	0.748	0.560	0.550	0.6115	0.146	30.271	1	91	0.000	
3	0.773	0.597	0.584	0.5882	0.037	8.357	1	90	0.005	
4	0.793	0.629	0.612	0.5678	0.032	7.606	1	89	0.007	
5	0.807	0.652	0.632	0.5534	0.023	5.689	1	88	0.019	
6	0.817	0.668	0.645	0.5434	0.016	4.244	1	87	0.042	1.958

Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup, omogenitatea grupului
Dependent Variable: mediana

Tabelul de mai jos prezintă coeficienţii standardizaţi şi nestandardizaţi care urmează să formeze ecuaţia de regresie corespunzătoare modelului cu 6 factori.

Model 6	Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	Correlations			Collinearity Statistics	
	B	Std. Error	Beta			Zero-order	Partial	Part	Tolerance	VIF
(Constant)	2.014	0.202		9.98	0.000					
vocea trainer-diversitatea tonala	0.643	0.143	0.343	4.50	0.000	0.643	0.435	0.278	0.659	1.518
manifestari emotionale la membri grupului	0.529	0.129	0.291	4.08	0.000	0.533	0.401	0.252	0.751	1.332
mobilitatea in spatiu a trainerului	0.434	0.148	0.192	2.94	0.004	0.370	0.301	0.182	0.893	1.120
simtul umorului	0.386	0.157	0.185	2.46	0.016	0.525	0.255	0.152	0.673	1.485
diferenta de voce trainer-membri grup	0.191	0.088	0.160	2.18	0.032	0.526	0.228	0.135	0.712	1.404
omogenitatea grupului	-0.258	0.125	-0.133	-2.06	0.042	-0.29	-0.216	-0.12	0.921	1.085
a. Dependent Variable: mediana										

Plecând de la aceste rezultate, consecinţa imediată este că se respinge Ip.3 în timp ce Ip.2 şi Ip.4 se confirmă, expresia ecuaţiei de regresie multiplă devine:

Apreciere_expert (mediana) = 2.014 + 0.643Div.ton + 0.529M.emot + 0.434M.spatială + 0.386S.umor + 0.191Dif.voce - 0.258Omog.grup

Analiza de regresie multiplă a urmărit determinarea predictibilității *evaluărilor secvențelor video de dezvoltare personală experiențială, de grup, făcute de experți evaluatori* prin *intermedial unor caracteristici ale trainerilor, grupului, interacțiunii dintre aceştia şi ale contextului.* A fost identificată o relație de tip liniar între variabila criteriu (evaluările experților) şi variabilele predictor (*vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup, omogenitatea grupului*) $F = 29.142$, $p < 0.001$.

Coeficientul de corelație multiplă a fost $R = 0.817$, $R^2 = 0.668$, iar $R^2adj = 0.645$. Aproximativ 65% din variația evaluărilor experților se datorează variabilelor independente mai sus menționate. Reuşita demersului de dezvoltare personală prin grupuri experiențiale aşa cum este înțeles de specialişti din domeniu pare să depindă de caracteristicile trainerilor, de implicarea emoțională a grupului dar şi de raportul dintre trainer şi grup.

Mai jos este redat tabelul valorilor ANOVA pentru toate cele 6 modele de regresie obținute ca urmare a aplicării procedurii SPSS stepwise regression.

Alte detalii în Anexele 06, 07

tabelul valorilor ANOVA

ANOVA(g)						
Model		Sum of Squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31.980	1	31.980	64.872	0.000
	Residual	45.353	92	0.493		
	Total	77.332	93			
2	Regression	43.300	2	21.650	57.892	0.000
	Residual	34.032	91	0.374		
	Total	77.332	93			
3	Regression	46.192	3	15.397	44.500	0.000
	Residual	31.140	90	0.346		
	Total	77.332	93			
4	Regression	48.644	4	12.161	37.726	0.000
	Residual	28.689	89	0.322		
	Total	77.332	93			
5	Regression	50.386	5	10.077	32.909	0.000
	Residual	26.947	88	0.306		
	Total	77.332	93			
6	Regression	51.639	6	8.606	29.142	0.000
	Residual	25.693	87	0.295		
	Total	77.332	93			

a. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala
b. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului
c. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului
d. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului
e. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup
f. Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup, omogenitatea grupului
g. Dependent Variable: mediana

3.5. Limite ale cercetării

Cercetarea de față s-a constituit ca un demers de acoperire a unui spațiu rămas adesea gol între raționamentul subiectiv modulat în manieră personală și cel obiectivabil cantitativ, repetabil și reproductibil. De fapt este și o încercare de legătură între firea entuziastă, intuitiv-creativă și cea riguroasă, critic-științifică din fiecare din noi. Cercetarea nu are pretenția din acest punct de vedere să fie una infailibilă, de fapt contextul și pionieratul ei metodologic a obligat-o la imperfecțiuni și limitări.

Una dintre aceste limitări a fost reprezentată de evoluția însăși a psihoterapiei experiențiale în românia de la psihoterapia experiențială la terapia unificării. Înregistrările fiind făcute pe o perioadă mai lungă de timp, perioadă în care a avut loc evoluția amintită, au avut din acest punct de vedere o eterogenitate mai mare ceea ce în planul analizei cantitative a datelor preluate din diversele variabile conduce spre o scădere a consistenței acestora. Astfel variabile care ar fi putut fi importante prin contribuția pe care o pot aduce fiecare în parte la scorul prin care cuantificăm dezvoltarea personală, indiferent care ar fi modalitatea de măsurare, rămân în umbră, compunând valoarea reziduală a ecuației de regresie. Ceea ce rămâne totuși important este faptul că sub aspectul unei abordări longitudinale, tocmai acest fapt devine temă de cercetare.

O altă limitare a fost legată de tipul de înregistrare. Atunci când s-au făcut înregistrările nimeni nu bănuia că anumite detalii de filmare vor putea fi elemente importante de cercetare, ulterior, dacă se dovedesc importante devin elemente cu semnificație formativă, utile inclusiv în procesul didactic. Așa că unele secvențe au în planul nevăzut astfel de elemente, intuibile din fișierele de sunet dar neobservabile vizual în înregistrările video.

Trecerea de pe suportul magnetic – casete video pe dvd-uri necesita utilizarea unui calculator și a unei plăci de captură video foarte performante pentru a obține o calitate înaltă a înregistrării, ori acest lucru a devenit posibil doar de câțiva ani încoace odată cu apariția procesoarelor mobile sau duale și a memoriilor volatile RAM de peste 1 Gb.

Altă limitare a constituit-o lipsa unor softuri speciale care să analizeze elementele de finețe, vocală, expresivă, comportamentală, etc. și care pe măsură ce au apărut s-au dovedit deosebit de utile, cel puțin în analiza vocii și expresivității acesteia. Rămâne însă dechisă depistarea și analiza armonicelor care se pare că au importanță în actul expresiv.

Lungimea secvențelor nu poate fi oricât de lungă, timpul necesar evaluărilor de secvențe e limitat de disponibilitatea evaluatorilor, așa încât evaluarea unui număr mare de secvențe devine greu de realizat. Ori pentru a respecta condițiile cerute de ecuațiile de regresie multiplă în care avem un număr mare de variabile independente avem nevoie de un mare număr de secvențe, de ordinul sutelor. Orice evaluator își cam pierde răbdarea după 5–7 ore de vizionat secvente, dar să le mai și evalueze. În cercetarea de față am folosit un dvd, dacă erau folosite 2-3 dvd-uri erau nevoie de 24 de ore de evaluare. Ceea ce era destul de impropriu și obositor pentru un evaluator, putând apărea după un timp distorsiuni de evaluare.

Secvențele luate aleator au avantajul că elimină riscul alegerii unor secvențe în virtutea unor tendințe individuale ale celui care face alegerea(bias) dar conțin diferite momente din etapele demersului de dezvoltare personală experiențială și nu toate au aceleași caracteristici.

Astfel unele variabile observate în anumite momente sunt importante numai acolo în acea fază şi nu atunci când apar în alte momente. Acesta este şi motivul pentru car majoritatea secvenţelor alese au evitat finalurile de întâlniri de dezvoltate personală de exemplu, la fel secvenţele în care apareau numai o interacţiune directă terapeutul-trainer şi un membru al grupului, în care grupul practic, deşi prezent, era exclus de la intervenţii. Din cele 160 de secvenţe selectate iniţial au trebuit eliminate 67 şi au rămas doar 93, cele pe care le-am şi folosit în cercetare.

În fine numărul de experţi evaluatori nu este foarte mare, astfel că până şi un număr de 6 persoane este greu de găsit pentru multe ore pe care să le dedice unor evaluări în şir. Mulţi dintre ei fiind practicieni şi preferând, evident, să practice, timpul lor fiind foarte limitat.

CAPITOLUL 4:
Concluzii şi consecinţe

4.1. Concluzii şi consecinţe metodologice

O primă concluzie importantă a lucrării este faptul că am pus în evidenţă şi am pus în practică o modalitate de analiză care să utilizeze într-o formă cantitativă, cuantificabilă informaţiile care sunt conţinute de înregistrările video. Apoi, validând în timp evaluările experţilor evaluatori, se pot adapta programele de dezvoltare personală şi cele formative ţinând cont de consecinţele practice ale acestor tipuri de cercetări.

Se pot realiza evident diverse cercetări care urmăresc cu totul alte aspecte, dar procedeul de regresie aplicat pentru datele preluate de pe înregistrările video rămâne valabil şi aplicabil.

Foarte multe studii conţin date preluate prin chestionare, teste, probe de tip creion-hârtie care practic conţin parerea celor care completează şi nu realitatea despre care completeaza, iar dacă sunt chiar ei cei vizaţi, cum se întâmplă de multe ori să apară tendinţa de a se prezenta într-o lumină favorabilă, pentru a nu strica propria imagine. Ori recoltând datele de observaţie direct de pe înregistrări, nivelul de obiectivare a lor creşte, dacă evident sunt preluate şi cuantificate în mod corect.

Din punct de vedere metodologic utilizarea unei "scale a valorilor medianelor" în forma în care a fost utilizată în lucrarea de faţă poate fi utilizată şi în alte contexte de cercetare, oferind posibilitatea unor calcule mult mai precise datorită trecerii la nivelul de interval de măsură prin calcularea unei medii a medianelor, cu specificarea că intervalul de evaluare de la 1–5 poate merge pâna la 1–10. Astfel se poate face trecerea de la măsurători ordinale la măsurători parametrice. O problemă care era destul de delicată existând mereu o dorinţă de utilizare a unei scale de măsură de nivel înalt, dar neexistând, adesea suficiente temeiuri pentru a face acest lucru.

Evaluând o singură variabilă, măsurată la nivel ordinal, dar reluând măsurătoarea pentru mai multe eşantioane se obţine un eşantion de mediane, care pot considerate o scală a valorilor medianelor pentru care distanţele dintre două valori consecutive sunt egale, deci face aplicabilă media aritmetică şi toate operaţiile aritmetice elementare.

Metoda ar putea fi aplicată nu doar în cercetări particulare ci inclusiv în construcţia de chestionare şi teste în care variabilele implicate au un nivel ordinal de măsură.

Din constatarea faptul că în cadrul modelelor de regresie au intrat atât factori ce ţin de terapeutul-trainer, cât şi factori care ţin de manifestările grupului sau care ţin de relaţionarea terapeutului-trainer cu grupul, putem trage concluzia că există, posibil mai multe, dar cel puţin trei dimensiuni majore care concură la reuşita procesului de dezvoltare personală în manieră experienţială.

4.2. Concluzii şi consecinţe teoretice şi aplicative.

Cu mulţi ani în urmăr R. W. Bandler şi J. Grinder studiau înregistrări cu mari terapeuţi şi au ajuns să pună la punct programarea neuro-lingvistică (PNL), apoi alţi cercetători au făcut cercetări pe casete video, pe pelicule filmate.

Aşa de exemplu Goldfried R. (Goldfried M.R. 1998), Castonguay au studiat 36 de înregistrări care au fost alese de către diverşi specialişti ca fiind sedinţe reprezentative şi semnificative din punctul lor de vedere. Studierea acestor înregistrări de către cercetători au scos în evidenţă faptul că în ciuda diferenţelor formative, a diferitelor orientări terapeutice, a diferitelor momente ale şedinţei terapeutice, secvenţele alese erau destul de asemănătoare, aproape similare.

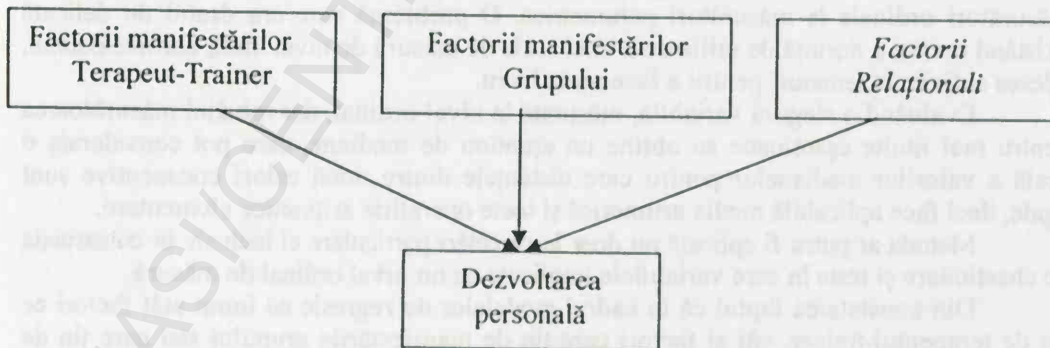
Acum, odată cu creşterea puterii de procesare a informaţiei prin calculatoare puternice, devine şi mai simplă şi mai utilă calea unor asemenea cercetări.

Un alt aspect demn de menţionat este constatarea faptului că o secvenţă video pentru a putea fi analizată nu e nevoie să fie foarte lungă, evaluările experţilor nu sunt practic influenţate de creşterea duratei de vizionare. Iar variabilele care pot fi observate în acele secvenţe sau altele de asemeneapot fi cuantificate destul de repede. Astfel exceptând studii care urmăresc derularea în întregime a unor procese, mai ales a unora mai rar de observat, în rest mai toate se pot preta la selectarea unor secvenţe de durată relativ mică 3–7 minute cu un maxim de până la 10 minute

Pentru formatori şi pentru supervizori, acesta este un element destul de util şi bun de stiut, nefind nevoie de intervale mari de vizionare/audiţie a înregistrărilor dacă activitatea lor de supervizare presupune aşa ceva. Aceştia pot selecta aleator mai multe secvenţe de lungime până la 10 minute şi pot forma o părere suficient de întemeiată cu privire la procesul urmărit şi la eventualele măsuri pe care va trebui să le întreprindă în ducerea la capăt a activităţii de supervizare.

Modelele de regresie utilizate au arătat atât factorii ce ţin de terapeutul-trainer, cât şi factorii care ţin de manifestările grupului sau care ţin de relaţionarea terapeutului-trainer cu grupul care concură la reuşita procesului de dezvoltare personală în manieră experienţială.

Iată mai jos o schiţă sugestivă în acest sens:



Să poposim puţin asupra factorilor care au fost implicaţi în ecuaţia de regresie şi să interpretăm rezultatele generale.

În primul rând trebuie constatat faptul aparent contradictoriu cu unele cercetări recente care afirmă că *alianța terapeutică* și *schimbarea de mentalitate* sunt factorii cei mai importanți ai predicției eficieței terapeutice și ai dezvoltării personale de asemenea. O multitudine de studii au arătat importanța alianței terapeutice ca predictor al succesului în psihoterapie Shaw et al. (1999), Barber, J. (2000), s.a.

Studii precum cele făcute de Anne Grete Hersoug, (*Anne Grete Hersoug, Cand.psychol., Per Høglend, M.D., Ph.D., Jon T. Monsen, Ph.D. și Odd E. Havik, Ph.D, 2000)* au arătat că trăsăturile, caracteristicile terapeuților pot fi predictori ai alianței terapeutice, sau chiar predictori pre-terapeutici ai succesului psihoterapic.

Din rezultatele cercetării reiese faptul că printre cei mai importați factori sunt cei ce depind de terapeutul-trainer. De fapt asta nu înseamnă că alianța terapeutică nu rămâne la fel de bun predictor, ci că mult mai probabil acesta depinde și ea în bună măsură de unele caracteristici ale terapeutului.

Să privim puțin peste factorii relevanți:
1. vocea terapeutului (diverstatea tonală)
2. dinamica lui în spațiul de lucru
3. simțul umorului

Observăm că ele deși par a fi caracteristici ale terapeutului-trainer, acestea se manifestă doar în interacțiune cu grupul, cu celălalt, terapeutul-trainer nu le manifestă de unul singur, ele devin vizibile doar în interacțiune.

Mai mult toate trei au ceva în comun, diversitatea tonurilor se regăsește în vorbirea expresivă, chiar folosim în limba română expresia "să știi să intonezi" și care se referă la posibilitatea de a emite sunete pe anumite tonuri. Apoi dinamica în spațiu este pe undeva și ea o formă de exprimare corporală, de expresivitate corporală. Iar simțul umorului ce poate fi altceva decât un tipar de exprimare substituit cu altul inedit pentru a produce surpriza și o nouă formă de expresie, una caraghioasă, amuzantă sau de-a dreptul trăznită.

Toate trei țin de forma expresivă a comunicării și a interrelaționării. Și toate așa cum sunt puse în acțiune în procesul de dezvoltare personală sunt sorginte metaforică.

Expresivitatea vocii este de fapt metafora emoției pe care aceasta tocmai o vehiculează. În zeci de secvențe din cele cercetate apare exprimarea expresivă și efectele sunt vizibile imediat pe imaginea video. Grupul sau simplu membru al grupului răspunde imediat la vocea expresivă, dar nu la orice formă expresivă, ci la forma ei expresivă onestă și autentică și în nici un caz mimată.

Acest fapt m-a determinat să analizez mai îndeaproape sunetele și emisia lor, și mai ales ce anume le face să fie expresive și cum de afectează ele atât de ușor interlocutorul.

Annamaria Mesaros, (Annamaria Mesaros, 2005) într-un studiu de dată recentă prezintă următoarele "Sunetele prezente în viața noastră de zi cu zi sunt fenomene fizice complexe ce înglobează o dualitate vibrație-senzație. Undele sonore existente în jurul nostru sunt vibrații care impresionează simțul auzului, având frecvența cuprinsă între 16Hz și 16KHz. Există două categorii de sunete: sunete pure, adică oscilații sinusoidale simple, și sunete complexe, suma mai multor astfel de sinusoide. Caracteristicile fizice ale sunetelor cuprind frecvența, intensitatea și conținutul armonic, iar din punct de vedere

perceptual putem vorbi despre senzaţii, atribute ale sunetelor: înălţime, tărie, timbru. Între caracteristicile fizice şi cele perceptuale nu există întotdeauna o corespondenţă precisă. S-au făcut multe încercări de a construi un sistem artificial asemănător sistemului auditiv uman în modul de funcţionare ca percepţie şi recunoaştere a sunetului şi a provenienţei acestora (direcţie, identitatea sursei), însă cercetările în domeniu sunt abia la început."

Şi tot ea continuă: "Producerea vocii se bazează pe vibraţia unor ancii membranoase, numite coarde vocale. În timpul inspiraţiei, coardele vocale stau îndepărtate, formând spaţiul numit glotă, iar în timpul fonaţiei ele se apropie mult, lăsând doar o fantă pentru trecerea aerului.

Pentru a emite sunete, coardele vocale trebuie să fie încordate, iar din plămâni să se trimită un curent continuu de aer. Prin glotă, acest curent de aer este transformat în presiune pulsatorie, luând astfel naştere sunete care sunt apoi amplificate de cavităţile rezonatoare din epiglotă, faringe, nas şi gură. Ansamblul rezonator are o structură deosebit de variată, fiind alcătuit din cavităţi de diferite forme şi mărimi, care pot amplifica toate frecvenţele emise la nivelul glotei, îmbogăţindu-le cu frecvenţele de rezonanţă (formanţii), astfel încât vocea omenească devine instrumentul cel mai bogat în armonice.

Această structură explică gama vastă de posibilităţi expresive, vocea umană fiind superioară din punct de vedere artistic oricărui alt instrument muzical [3,4,5]. Dintre cavităţile supraglotice, cele mai importante pentru fonaţie sunt faringele şi cavitatea bucală. Ele posedă pereţi ficşi, pereţi rigizi şi mobili şi pereţi moi şi mobili. Prin deplasările acestor pereţi şi prin articulare, se pot forma o multitudine de configuraţii ale acestor cavităţi care, din armonicele sunetului laringian selectează şi întăresc formanţii vocalelor, dând naştere timbrului vocalic. Pe de altă parte, trecerea aerului printre obstacolele formate de organele de articulare (limbă, văl palatin, maxilar, buze) dă naştere consoanelor. [...]

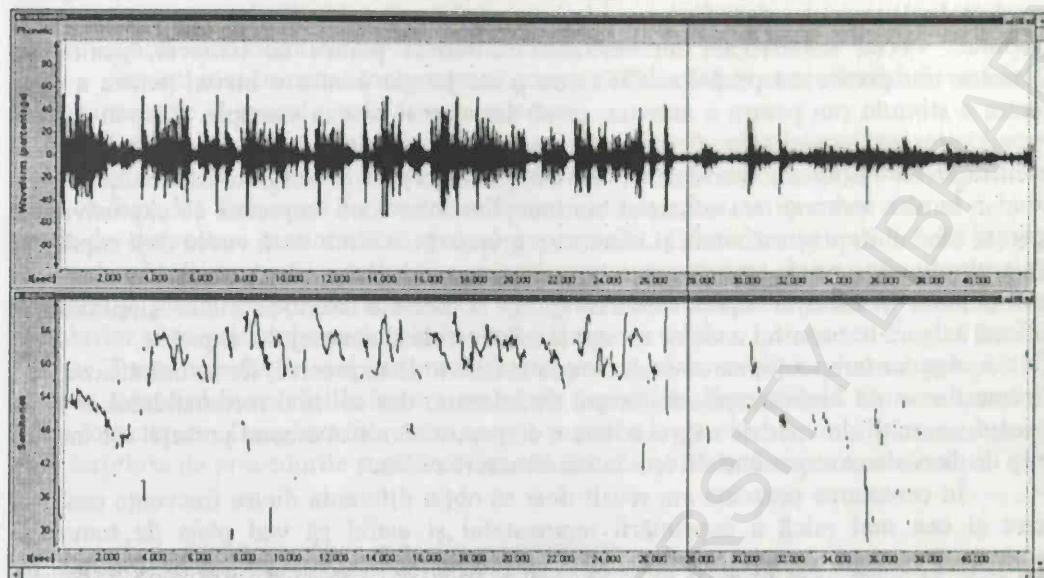
Vocea umană este cel mai vechi şi cel mai complex instrument muzical. Prin combinarea muzicii, a versurilor şi a expresivităţii, vocea umană are asupra noastră un efect mai puternic decât orice alt instrument.

Ca ascultători suntem imediat atraşi de sunetul vocii umane, iar atunci când este prezentă, devine aproape întotdeauna punctul principal al piesei muzicale. Flexibilitatea acustică a vocii în interpretarea cuvintelor, modelarea frazelor şi exprimarea emoţiilor fac ca vocea umană să fie în acelaşi timp instrumentul muzical cel mai greu de modelat matematic. Vocea umană este capabilă a produce sunetele comune necesare înţelegerii limbajului şi comunicării, dar pe lângă aceasta, fiecare voce posedă calităţi distinctive, independente de foneme şi cuvinte. Aceste calităţi acustice unice sunt rezultatul unei combinaţii de factori fizici înnăscuţi şi caracteristici expresive de performanţă, reflectând identitatea vocală a unui individ." (Annamaria Mesaros, 2005)

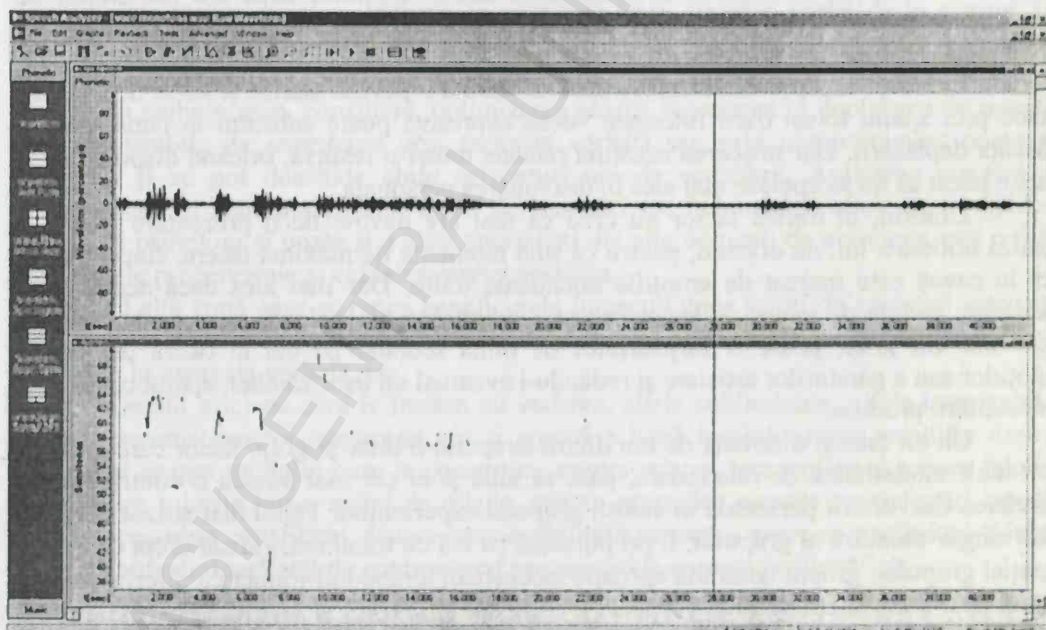
Toate aceste detalii împreună cu propriile observaţii făcute pe zeci de secvenţe video m-au determinat să fac o analiză a vocii terapeuţilor/trainerilor participanţi la grupurile de dezvoltare personală. Am folosit pentru aceasta unele softuri speciale care pot realiza reprezentări grafice ale vocii şi car pot extrage caracteristicile ale vocii umane, care apoi pot fi analizate statistic. Lucru care dealtfel s-a şi întâmplat în cercetarea de faţă.

Iată mai jos două exemple de reprezentare grafică a unei voci expresive şi a unei voci lipsită de expresivitate, ambele fiind extrase de pe secvenţele video analizate în cercetarea de faţă:

Pentru alte exemple se poate consulta Anexa 08



Avem în imagine pe prima bandă, zona exprimării expresive, până la linia verticală iar apoi un membru din grup intervine; se vede foarte bine scăderea şi de amplitudine şi a numărului de tonuri şi semitonuri vizibile în banda a doua.



Aici avem o voce monotonă până la linia verticală de separaţie, după care urmează vocea unui membru participant la grup. Aici se observă o mai mică diversitate de tonuri şi semintonuri în banda de jos, iar la ambii amplitudinea e mai mică decât înainte.

De la primele reprezentări grafice computerizate ale vocii umane, am putut constata legătura puternică dintre expresivitate şi răspunsul grupului sau al membrilor grupului. Vocea umană este un veritabil instrument pentru un terapeut, pentru un formator sau pentru un profesor. Cu ea se poate jongla pentru a invita, pentru a opri, pentru a stimula sau pentru a antrena, ca să dau numai câteva exemple. Răspunsul la o voce expresivă incumbă în el aproape întotdeauna emoţie. Vocea expresivă invită la manifestarea emoţională, manifestare cheie în psihoterapiile de sorginte experienţiale.

În alte secvenţe am constatat cum amplitudinea vocii împreună cu expresivitatea sporesc efectul de interactivitate şi alinaţa cu grupul. În schimb dacă vocea deşi expresivă are o amplitudine mică, tonurile, semitonurile şi armonicele se pierd, se estompează prea mult pe drum şi mesajul expresiv nu mai ajunge la urechile interlocutorului. Amplitudinea ridicată asigură transportul undelor sonore şi odată cu ele şi a mesajului expresiv.

Aşadar terapeuţii, care nu au o voce suficient de expresivă, fie se orientează spre diverse forme de hipnoterapii, de terapii de relaxare, dar cel mai recomandabil ar fi să înceapă exerciţii de voce de expresivitate a ei, pentru că altfel efectul prezeţei lor într-un grup de dezvoltare experienţială este în bună măsură redus.

În cercetarea prezentă am reusit doar să obţin diferenta dintre frecvenţe cea mai mare şi cea mai mică a exprimării terapeutului şi astfel să vad plaja de tonuri şi semitonuri pe care le emite acesta, dar studiile în acestă direcţie pot fi centrate pe măsurători mult mai fine şi mai precise, eventual foarte specific orientate spre determinare anumitor parametri ai vocii.

Un alt factor important din zona caracteristicilor terapeut-trainer, aşa cum a reieşit din cerctare, este dinamica acestuia în cadrul spaţiului unde are loc grupul de dezvoltare personală. Am observat că mişcarea terapeutului-trainer antrenează grupul, are acest efect de stimulare şi invitare la participare.

Există şi excepţii când deşi terapeutul adoptă o poziţie statică şi nu se deplasează deloc prin spaţiu totuşi dacă foloseşte vocea expresivă poate substitui în bună măsură absenţa deplasării. Dar mişcarea acestuia rămâne totuşi o resursă, oricând disponibilă la care e păcat să nu se apeleze mai ales în dezvoltarea personală.

Umorul, al treilea factor nu cred că mai are nevoie de o prezentare pentru a realiza utilitatea lui, nu oricând, pentru că sunt momente de maximă tăcere, sinceritate şi cel în cauză este marcat de emoţiile abundente trăite. Dar mai ales dacă aceste sunt neplăcute nuanţa de umor, de ieşire uşoară din capcana emoţiilor în care poate cădea o persoană din grup, poate fi surprinzător de utillă scoţând pe cel în cauză din cuşca emoţiilor sau a gândurilor asociate şi redându-i eventual un uşor zâmbet, apărut ca urmare a decuplării produse.

Un alt factor, diferenţa de ton dintre teraputul-trainer şi grup, factor care implică mai mult modalitatea de relaţionare, pare să aibă şi el cel mai adesea o contribuţie în derularea dezvoltării personale în cadrul grupului experienţial. Tonul mai scăzut decât al unui singur membru al grupului, îl propulsează pe cel cu tonul mai ridicat drept centru al atenţiei grupului, grupul ignorând aproape inconştient terapeutul-trainer cu diferite ocazii. Tonul uşor mai ridicat decât al grupului îi oferă acestuia rolul şi investirea în rol de către întregul grup.

Pe de altă parte dacă terapeutul trainer gestionează bine relaţia tonală cu grupul, ajustând tonul său în funcţie de necesităţile grupului sau ale membrilor săi poate foarte uşor să scadă tonul sub tonul celui care are de exemplu nevoie de confirmare, de încredere în

sine; poate ridica tonul peste cel al unei persoane care se exprimă prea des şi care nu lasă loc altora sau care manifestă nepăsare faţă de ceilalţi membrii într-un moment sau altul; sau poate fi egalul vocii cuiva care are nevoie să simtă echilibrul şi egalitatea

Dar cel mai minunat lucru este că poate schimba foarte usor nivelul de activitate şi de participare al grupului prin propria sa voce.

Factorul de grup – manifestările emoţionale ale grupului, are se pare şi el un rol neneglijabil şi este evident atât timp cât grupul se manifestă emoţional el este implicat în ceea ce face. De fapt acest factor pare a fi mai mult un efect, un rezultat al unui demers reuţit de dezvoltare personală în grupul experienţial. Efuziunea grupului însă are rol terapeutic. Mulţi teraputii şi trainerii care au lucrat cu grupuri au observat acest rol major pe care il joacă grupul în ansamblul său prin efectul de contaminare emoţinală a membrilor şi de validare emoţională în acelaşi timp.

Toate aspectele mai sus menţionate pot rămâne valabile dintr-o perspectivă riguros ştiinţifică în condiţiile în care evaluările experţilor sunt validate. Sansa e destul de mare întrucât din înregistrările video se pot remarca legături chiar mai puternice decât cele surprinse de procedurile statistice. Dar rămâne totuşi această necesitate viitoare.

4.3. Perspective noi de cercetare

În urma aspectelor relevate anterior, ale acestei cercetări, putem concluziona că astfel de demersuri deşi sunt încă la început deschid calea spre noi modalităţi de cunoaştere şi înţelegere a proceselor de grup fie că sunt ele mai simple sau mai ample. În zona manifestărilor de grup, inclusiv în grupurile mari, fie că e vorba de în actorie, în politică, în reclamă, în arte studiul aspectelor şi implicaţiilor psihologice ale variaţiilor vocii pot aduce serioase contribuţii teoretice dar mai ales aplicative.

În psihoterapie, consiliere, optimizarea umană cercetarea şi depistarea de nuanţe fine însesizabile de exprimare prin expresie verbală sau prin comportament poate fi relansată şi se pot deschide chiar orizonturi noi de cercetare. Aplicarea practică a consecinţelor şi rezultatelor unor astfel de cercetări vor îmbunătăţii eficienţa serviciilor oferite de psihologi şi poate şi a altor specialişti din alte domenii de activitate, pot ridica standardele profesionale şi calitatea ofertei acestora.

O altă zonă care ar putea beneficia de impactul unor astfel de cercetări este cea psiholingvistică sau în logopedie. Vocea, articularea, legătura lor cu procesele psihice implicate în expresia verbală, etc.

Detalii mici pe care le trecem cu vederea, altele subliminale, altele insesizabile datorită automatismelor construite vin şi aruncă o nouă lumină asupra relaţiilor dintre oameni şi asupra modului cum le construim, asupra relaţiei terapeutice şi asupra felului cum jucăm rolurile într-o astfel de relaţie, asupra propriilor noastre manisfestări intrate deja în penumbra conştiinţei, asupra responsabilităţii pe care o avem ca profesionişti într-un domeniu odinioară atât de controversat sau acuzat de speculaţie filosofică.

Mici detalii descoperite pe o peliculă sau pe discul miraculos al dvd-ului care pot însă aduce mari contribuţii nu doar pentru detalierea unui registru de cercetare, nu doar pentru sporirea eficienţei şi creşterea performanţei profesionale dar mai ales pentru că putem prin ele redescoperii fiinţa din noi, cu toată măreţia ei cu resursele ei neexplorate sau prea mult neglijate.

Referinţe bibliografice

1. ASSAGIOLI, R. (1991). *Transpersonal development. The dimension beyound psychosynthesis*, The Aquarian Press.
2. ANNAMARIA MESAROS, (2005), *Studii privind structura timbrului semnalelor muzicale în vederea stabilirii identităţii sursei unui semnal muzical,* Revista de Politica Stiintei si Scientometrie - Numar Special 2005 - ISSN- 1582-1218
3. ANNE GRETE HERSOUG, Cand.psychol., PER HØGLEND, M. D., Ph.D., JON T. MONSEN, Ph.D. and ODD E. HAVIK, Ph.D. (2000) Quality of Working Alliance in Psychotherapy Therapist Variables and Patient/Therapist Similarity as Predictors, http://jppr.psychiatryonline.org/cgi/content/full/10/4/205
4. BARBER, J. (2000). Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68,* 1027-1032.
5. BUBER, M. (1992). "*Eu şi Tu*", Bucureşti, Ed. Humanitas.
6. COLLINS, R.(1987).*The Rebuilding of Psychology*, New York
7. CAPRA, F. (1995). *Taofizica*, Bucureşti, Ed. Tehnică.
8. CARTER, RITA. (1998), *Mapping the Mind*, Los Angeles, London, University of California press, Berkley.
9. COREY G. (1990) *Theory and Practice of Counseling and Psychotherapy* (4th edition)
10. DUSAY, Y. (1980). "*Egograms*", New York,Harper & Row
11. GENDLIN, E. T. (1996). *Focusing-Oriented Psychotherapy - A Manual Of The Experiential Method.* New York: The Guilford Press.
12. GOLDFRIED, M. R. et al. (1998). *The therapeutic focus in significant sessions of master therapists. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 66*, 803-810.
13. HOLDEVICI, I. (1996). *Elemente de psihoterapie*, Bucureşti, Ed. ALL
14. HENDRICKS, M. (2002) *Research Basis of Focusing-Oriented/Experiential Psychology, Research Bases of Humanistic Psychotherapy*, Cain, David and Seeman, Jules (Eds.), American Psychological Association
15. KEPNER, J. (1987). *Body Process: A Gestalt approach to working with body in psychotherapy*, New York, Gardner Press /Gestalt Institute of Cleveland Press.
16. KOHUT, H. (1977). *The restoration of self,* New York, International Universities Press.
17. LEE, ROBERT L. (2003) *Focusing Oriented Psychotherapy: A New Kind of Orientation.*
18. LEE, ROBERT L. (2000), *Focusing in Gruppenpsychotherapie, Focusing im Prozess,* in:Heinz-Joachim Feuerstein, Dieter Muller, Ann Weiser Cornell (Hrsg./Eds.) Koln, GWG-Verlag.; in Winhall, Jan Unpublished Manuscript, The Focusing Dialogue
19. LEWIN, K. (1951). *Field theory in social science*, New York, Harper& Brothers.
20. LESLIE S. GREENBERG, J. C. W., GERMAIN LIETAER. (1998). *Handbook Of Experiential Psychotherapy.* New York, London: The Guilford Press.
21. LIETAER, G. (1993). *Authenticity, congruence and transparency*. London: In D. Brazier.
22. MAHRER, A. R. (1983). *Experiential psychotherapy: basic practices*. New York: Brunner/Mazel.

23. MAHRER, A. R. (1996). *The Complet Guide to Experiential Psychotherapy*: Wiley & Sons, Inc.
24. MAHRER, A. R. (2001). Experiential Psychotherapy. In R. Corsini (Ed.), Handbook of innovative therapy, New York: Wiley.
25. MITROFAN, I. C. (2000). *Orientarea experientiala in psihoterapie: dezvoltare personala, interpersonala, transpersonala*. Bucuresti: SPER.
26. MITROFAN, I. (1997). *Psihoterapia Experienţială*, Bucureşti, Ed. Infomedica.
27. MITROFAN, I.; NUŢĂ, A. (1999). *Jocurile conştienţei sau terapia unificării*, Bucureşti, Ed. SPER, Colectia "Caiete experienţiale"
28. NEALE M. JOHN, LIEBERT M. ROBERT (1986) *Science and Behaviour – An Introduction to Methods of Research*, New Jersey, Prentince-Hall
29. OAKLANDER, V. (1988). *Windows to our children: Gestalt therapy to child and teenager*, Highland New York, Gestalt Journal Press.
30. OLTMANNNS F. THOMAS, ROBERT E. EMERY, (2001) *Abnormal Psychology*, New Jersey, Prentice-Hall
31. RICHARD E. FELDER, A. G. W. (1991). *Experiential Psychotherapy - A Symphony of Selves*. Lanham, Maryland: University Press of America.
32. SHAPIRO, D. (1998). *Conflictele şi Comunicarea*(trad.), Bucureşti, Ed. Arc.
33. ISAAC STEPHEN; WILLIAM B. MICHAEL (1974) *Handbook in Research and Evaluation – For eEducation and Behavioral Sciences*, San Diego, California
34. WATSON, R. (1986). *An introduction to humanistic therapy*, New York.
35. WATTS, A. (1975). *Psychotherapy East and West*, Forst Vintage Book Edition.
36. WEINER, H. B. (1981) *Drama in therapy*, New York, Drama Book Speciality Publ.
37. WHEELER, G. (1991). *Gestalt Reconsidered: A new approach to contact and resistance*, New York, Gardner Press /Gestalt Institute of Cleveland Press.
38. WHITAKER, C. A. T., MALONE (1953). *The roots of psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
39. WILLIAM O'DONOHUE (Editor), NICHOLAS A. CUMMINGS (Editor), JANET L. CUMMINGS (Editor) Academic Press (2005), *Clinical Strategies for Becoming a Master Psychotherapist* (Practical Resources for the Mental Health Professional) (Paperback).
40. WOOD GORDON (1974) *Fundamentals of Psychologycal Research*, Boston, Little, Brown and Company
41. YONTEF, G.; SIMKIN, J. S. (1989). *Gestalt therapy*, in Corsini, R.;Wedding, D."*Current psychotherapy*", (4^{th}.ed), Peacock Publ., Illinois.
42. ZINKER, J. (1977) *Creative process in Gestalt therapy*, New York, Brunner/Mazel.

Anexa 01
Foaia de răspuns (evaluările experţilor)

nr. secv. scoraţi	trainer între 1-5	grup între 1-5	relatie între 1-5	eval_secv între 1-5
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				
31				
32				
33				
34				
35				
36				
37				
38				
39				
40				
41				
42				
43				
44				
45				
46				

1 = punctaj minim
5 = punctaj maxim

47				
48				
49				
50				
51				
52				
53				
54				
55				
56				
57				
58				
59				
60				
61				
62				
63				
64				
65				
66				
67				
68				
69				
70				
71				
72				
73				
74				
75				
76				
77				
78				
79				
80				
81				
82				
83				
84				
85				
86				
87				
88				
89				
90				
91				
92				
93				
94				
	trainer	grup	relaţie	eval secv

Anexa 02
Baza de date

id	mediana	t1_v1	t1_v2	t1_v3	t2	t2_clase	t3	t4	vrst	t8	t10	t11	g1	g2	g4
1	4.0	3	3	1	4.45	3	3	0	57	1	1	0	1	0	0
2	3.5	2	2	1	.95	2	1	0	40	0	1	1	0	0	9
3	3.0	2	2	0	4.35	1	1	1	32	0	2	0	0	1	8
4	2.0	1	1	0	5.05	1	1	0	36	0	2	0	0	1	8
5	2.5	1	2	0	4.29	2	2	0	33	0	2	0	0	1	8
6	3.5	3	2	1	3.49	1	3	1	34	0	2	0	1	0	7
7	5.0	3	3	1	1.84	1	2	1	36	1	1	0	1	0	15
8	5.0	3	3	1	4.20	1	3	1	57	0	1	0	0	0	15
9	4.0	2	2	0	.98	3	2	1	33	0	1	1	1	0	9
10	3.5	3	2	0	3.00	1	3	0	36	0	1	0	0	0	10
11	2.0	2	1	0	3.30	1	1	0	37	0	1	0	0	1	8
12	4.0	2	3	1	2.57	1	2	0	33	1	1	0	0	1	8
13	1.0	2	2	0	2.98	1	2	0	36	0	1	0	0	0	10
14	4.0	3	2	1	4.07	1	3	0	57	1	1	0	0	0	19
15	3.5	3	3	1	3.43	1	3	0	40	1	2	1	0	1	11
16	3.5	2	1	1	1.66	1	1	0	34	0	2	0	0	0	6
17	4.5	3	2	1	7.03	1	2	1	36	1	1	0	1	0	10
18	2.0	2	2	0	.63	1	1	0	37	0	1	0	0	1	11
19	4.0	3	3	1	.94	1	2	0	57	1	1	0	1	0	19
20	4.0	3	2	1	3.93	1	2	0	57	0	1	0	0	1	20
21	3.5	3	3	1	6.30	1	2	0	57	0	1	0	0	0	19
22	3.5	3	2	1	4.97	1	3	0	57	0	1	0	0	1	19
23	5.0	3	3	1	4.82	1	3	1	57	1	1	0	0	0	15
24	3.0	2	1	0	1.12	2	1	0	35	0	1	0	0	0	7
25	3.5	2	2	1	3.98	1	2	0	35	1	1	0	0	0	9
26	4.5	2	3	1	6.77	1	3	0	33	1	1	0	0	0	8
27	2.5	2	3	1	2.21	1	2	0	33	0	1	0	0	1	8
28	3.5	3	2	1	4.29	1	3	0	40	1	2	1	0	0	11
29	3.0	2	2	0	1.04	2	1	0	33	0	1	0	0	0	10
30	4.0	2	2	1	1.57	1	1	1	33	0	1	0	1	0	8
31	2.5	2	1	0	1.09	2	1	0	34	0	1	0	0	1	11
32	3.0	3	2	0	.99	1	1	0	34	0	2	0	1	0	8
33	2.5	2	1	0	1.99	1	1	0	36	0	2	0	0	0	8
34	1.0	2	1	0	.47	2	1	0	36	0	1	0	0	1	10
35	4.0	2	2	1	3.60	2	2	0	35	0	2	1	0	0	8
36	2.5	3	2	0	3.77	1	1	0	37	0	2	0	0	1	7
37	4.0	3	3	1	6.89	1	3	1	40	0	2	1	0	0	10
38	3.5	3	3	1	4.09	2	3	0	57	0	1	0	1	0	16
39	3.5	3	3	1	3.09	3	2	0	57	1	1	0	0	1	7
40	2.5	2	2	0	1.99	1	2	1	33	0	1	0	1	0	8

41	4.0	3	2	1	3.55	1	3	1	34	0	2	0	1	0	8
42	3.0	2	3	1	5.54	2	3	0	33	0	1	0	1	0	8
43	2.5	3	3	1	3.67	1	2	0	40	0	2	1	0	0	11
44	2.0	2	2	0	.99	1	2	0	40	0	1	1	0	1	9
45	2.0	3	3	0	2.95	1	3	0	36	0	2	0	0	0	10
46	2.5	2	3	0	5.85	1	3	0	33	0	2	0	0	0	7
47	3.5	3	3	1	2.38	2	2	0	33	0	1	0	0	1	10
48	2.5	3	3	1	2.89	2	3	1	35	0	1	0	1	0	9
49	3.0	2	2	0	1.57	1	2	0	32	0	2	0	0	0	8
50	2.0	2	2	0	2.28	2	2	0	35	0	1	0	0	1	7
51	4.5	3	3	1	1.98	1	2	0	57	1	1	0	0	0	20
52	4.5	3	3	1	2.86	1	3	0	57	1	1	0	0	0	19
53	1.0	3	2	0	2.00	1	2	0	40	0	2	1	0	1	9
54	5.0	3	3	1	1.26	1	2	1	57	1	1	0	1	0	19
55	3.5	2	3	1	3.41	2	2	0	33	1	1	0	0	0	9
56	2.5	2	2	0	4.00	1	1	0	40	0	2	1	1	1	6
57	3.0	2	1	1	1.19	1	3	0	57	0	1	0	0	0	19
58	4.5	3	3	1	5.23	2	3	1	57	1	1	0	0	0	18
59	4.0	3	2	1	4.95	1	3	0	57	1	1	0	0	0	19
60	2.0	2	1	0	2.33	1	1	0	34	0	2	0	0	0	11
61	2.0	2	1	0	2.95	1	1	0	37	0	2	0	0	1	10
62	3.0	3	3	1	3.19	1	2	0	57	0	1	0	0	1	19
63	3.5	3	3	1	5.49	1	2	0	36	0	1	0	0	0	9
64	3.0	2	2	0	4.13	1	1	0	32	0	2	0	0	1	8
65	3.0	2	2	0	2.79	3	1	0	34	0	2	0	0	0	7
66	2.5	2	3	0	2.63	2	3	0	33	0	1	0	0	0	8
67	3.0	3	2	1	3.30	2	3	0	57	0	1	0	0	1	7
68	3.5	3	2	1	4.13	2	3	0	57	1	1	0	0	0	19
69	3.0	1	1	0	.77	2	1	0	33	0	2	0	0	0	8
70	4.0	3	3	1	2.50	2	3	1	57	0	1	0	1	0	20
71	3.5	3	3	1	3.00	1	3	1	57	0	1	0	0	0	20
72	2.5	3	3	1	3.67	1	2	1	40	0	2	1	1	0	11
73	4.0	3	3	1	4.00	2	2	0	57	0	1	0	0	0	20
74	4.5	3	3	1	4.76	2	3	0	57	1	2	0	0	0	20
75	3.5	2	2	1	1.87	2	1	1	35	0	1	0	1	0	7
76	3.5	2	2	1	3.44	1	2	0	40	1	1	1	1	0	9
77	4.5	3	3	1	3.44	1	3	0	57	1	1	1	0	0	19
78	3.0	2	2	1	1.99	1	3	0	40	0	1	1	0	0	9
79	2.0	2	2	1	.60	2	1	0	40	0	1	1	0	0	9
80	1.5	2	1	0	1.76	1	1	0	36	0	2	0	0	1	8
81	3.0	2	1	1	3.22	1	3	0	33	0	2	0	0	1	9
82	4.0	3	3	0	4.74	1	3	0	57	0	1	0	0	0	19
83	3.5	2	3	0	4.59	1	1	0	35	0	2	0	0	0	8
84	3.5	2	2	1	5.81	2	3	0	40	0	1	1	0	0	9

85	3.5	2	2	1	4.73	2	3	0	40	0	2	1	0	0	10
86	2.5	2	2	0	2.64	1	1	0	36	0	2	0	0	1	9
87	2.5	3	3	1	4.19	2	1	0	36	0	2	0	0	0	19
88	4.0	2	1	1	2.62	1	1	1	34	0	1	0	0	0	8
89	4.0	2	3	1	3.73	1	1	0	33	0	1	0	0	0	10
90	3.5	3	2	1	3.26	1	2	0	36	0	2	0	0	0	12
91	4.0	2	3	1	4.17	1	2	0	33	1	1	0	0	0	8
92	3.0	3	2	1	3.61	3	1	0	37	0	2	0	0	1	7
93	2.0	2	1	0	1.98	2	2	0	36	1	2	0	0	0	8
94	2.5	2	1	0	2.58	1	1	0	36	0	2	0	0	1	10

Continuare Anexa 02

g8	g9	r1	dumyr11	dumyr12	r2	r3	r4	moment	t_1	t_2
1	0	3	1.00	.00	10	1	1	Caseta02_min003.avi	5	2
1	1	2	.00	1.00	2	3	1	Caseta10_min050.avi	4	5
0	0	3	1.00	.00	3	0	0	Caseta18_min071.avi	4	3
0	1	1	.00	.00	0	0	0	Caseta15_min010.avi	2	2
1	0	1	.00	.00	0	2	0	Caseta16_min080.avi	4	2
1	1	2	.00	1.00	5	0	1	Caseta25_min001.avi	3	2
1	0	3	1.00	.00	1	6	1	dvd_M-2000_DT7a_frm0.36.m	4	5
1	0	3	1.00	.00	4	0	1	dvd_M-2003_firul_frm0.26.	5	3
1	1	3	1.00	.00	0	0	1	Caseta44_min001.avi	4	4
0	1	2	.00	1.00	2	2	1	Caseta32_min098.avi	3	5
0	1	1	.00	.00	3	1	0	Caseta29_min036.avi	3	2
0	0	3	1.00	.00	2	1	1	Caseta20_min029.avi	4	5
0	1	2	.00	1.00	1	0	1	Caseta32_min056.avi	3	1
1	0	2	.00	1.00	4	1	1	dvd_M-2000_DT4a_frm0.06.m	5	5
1	0	3	1.00	.00	2	1	1	Caseta37_min061.avi	4	4
0	0	1	.00	.00	1	0	0	Caseta09_min128.avi	2	5
1	0	2	.00	1.00	5	2	1	Caseta17_min123.avi	4	4
0	0	2	.00	1.00	0	1	0	Caseta24_min063.avi	2	2
1	0	3	1.00	.00	1	1	1	dvd_M-2000_DT3a_frm1.54.m	5	5
0	0	3	1.00	.00	3	0	0	dvd_M-2000_DT2a_frm1.16.m	5	5
0	0	3	1.00	.00	5	0	0	dvd_M-2002_fractali_frm1.	4	5
1	0	2	.00	1.00	8	0	1	dvd_M-2002_fractali_frm2.	4	2
1	0	3	1.00	.00	7	5	1	dvd_M-2003_firul_frm1.38.	5	5
1	0	1	.00	.00	1	4	0	Caseta23_min032.avi	3	3
1	1	3	1.00	.00	3	0	1	Caseta27_min019.avi	4	5
1	1	3	1.00	.00	8	4	0	Caseta36_min029.avi	4	5
0	1	2	.00	1.00	1	0	1	Caseta48_min001.avi	3	5
1	0	3	1.00	.00	3	1	0	Caseta37_min120.avi	4	5
0	0	2	.00	1.00	0	1	0	Caseta21_min099.avi	3	2
0	1	3	1.00	.00	0	0	1	Caseta22_min001.avi	4	5
0	0	2	.00	1.00	0	0	0	Caseta24_min001.avi	2	3
1	0	2	.00	1.00	0	0	1	Caseta19_min003.avi	3	4

1	1	1	.00	.00	1	1	0	Caseta14_min011.avi	2	3
0	1	1	.00	.00	0	0	0	Caseta15_min046.avi	2	2
1	0	3	1.00	.00	5	2	1	Caseta09_min006.avi	3	4
0	0	2	.00	1.00	0	0	0	Caseta12_min020.avi	2	4
1	0	3	1.00	.00	8	1	1	Caseta13_min006.avi	4	5
1	0	3	1.00	.00	5	3	1	Caseta02_min035.avi	4	3
1	0	3	1.00	.00	7	1	1	Caseta17_min039.avi	5	5
0	0	2	.00	1.00	1	0	1	Caseta20_min003.avi	4	2
1	1	3	1.00	.00	4	0	1	Caseta25_min022.avi	4	4
1	1	3	1.00	.00	6	4	1	Caseta36_min018.avi	1	5
0	0	3	1.00	.00	4	0	1	Caseta37_min025.avi	4	5
0	1	2	.00	1.00	1	0	0	Caseta28_min118.avi	2	4
0	1	3	1.00	.00	2	0	0	Caseta32_min020.avi	3	2
0	1	3	1.00	.00	14	0	0	Caseta22_min077.avi	4	4
0	0	3	1.00	.00	2	0	0	Caseta21_min004.avi	3	5
0	0	3	1.00	.00	5	0	0	Caseta16_min001.avi	4	2
0	0	2	.00	1.00	1	0	0	Caseta18_min019.avi	4	4
0	0	1	.00	.00	2	0	0	Caseta23_min059.avi	1	2
1	0	3	1.00	.00	2	3	1	dvd_M-2000_DT2b_frm0.52.m	5	5
1	0	3	1.00	.00	3	0	1	dvd_M-2001_elem_nat_frm1.	4	5
0	0	2	.00	1.00	0	0	0	Caseta37_min092.avi	3	4
1	0	3	1.00	.00	0	0	1	dvd_M-2001_elem_nat_frm0.	5	5
1	1	3	1.00	.00	5	1	1	Caseta22_min045.avi	4	3
0	0	3	1.00	.00	3	0	1	Caseta37_min180.avi	4	3
0	0	3	1.00	.00	0	0	1	dvd_M-2002_fractali_frm0.	3	4
1	0	3	1.00	.00	8	2	1	dvd_M-2003_firul_frm1.10.	5	5
1	0	2	.00	1.00	4	0	1	dvd_M-2000_DT4a_frm0.06-b	5	5
0	0	1	.00	.00	0	0	0	Caseta24_min033.avi	3	3
0	0	2	.00	1.00	1	0	0	Caseta32_min002.avi	3	2
0	0	3	1.00	.00	3	0	0	dvd_M-2000_DT2a_frm0.54.m	4	5
1	1	3	1.00	.00	3	1	1	Caseta32_min088.avi	4	4
0	0	2	.00	1.00	2	0	0	Caseta18_min031.avi	4	5
1	0	2	.00	1.00	2	0	1	Caseta09_min038.avi	4	4
0	0	3	1.00	.00	3	0	0	Caseta11_min055.avi	3	5
0	0	3	1.00	.00	6	0	0	Caseta17_min002.avi	3	5
1	0	3	1.00	.00	5	1	1	dvd_M-2000_DT3b_frm0.23.m	4	5
1	1	2	.00	1.00	1	0	0	Caseta44_min074.avi	2	4
1	0	3	1.00	.00	3	0	1	dvd_M-2000_DT2a_frm0.22.m	4	5
0	0	3	1.00	.00	3	0	1	dvd_M-2003_firul_frm0.03.	5	4
0	0	3	1.00	.00	4	0	1	Caseta37_min006.avi	4	4
1	0	3	1.00	.00	4	0	1	dvd_M-2000_DT5a_frm0.56.m	5	5
1	0	3	1.00	.00	9	0	0	dvd_M-2002_frm0.39.mp4	5	3
1	0	3	1.00	.00	2	0	0	Caseta23_min009.avi	3	3
0	1	2	.00	1.00	5	0	0	Caseta28_min075.avi	4	5
1	0	3	1.00	.00	5	0	1	dvd_M-2002_fractali_frm1.	5	4

0	1	2	.00	1.00	3	0	0	Caseta28_min122.avi	4	4
0	1	2	.00	1.00	1	0	0	Caseta10_min001.avi	4	2
1	1	1	.00	.00	0	0	0	Caseta14_min035.avi	2	1
0	0	1	.00	.00	1	0	1	Caseta16_min076.avi	4	5
1	0	3	1.00	.00	1	0	1	dvd_M-2001_elem_nat_frm0.	5	4
1	1	3	1.00	.00	1	0	1	Caseta27_min002.avi	4	5
0	1	3	1.00	.00	6	0	1	Caseta10_min130.avi	4	5
0	0	1	.00	.00	6	0	0	Caseta13_min028.avi	3	5
0	1	1	.00	.00	0	0	0	Caseta15_min021.avi	4	2
0	0	3	1.00	.00	2	0	0	dvd_M-2000_DT7a_frm1.26.m	3	5
0	0	1	.00	.00	2	0	0	Caseta19_min076.avi	5	5
0	0	3	1.00	.00	2	2	0	Caseta21_min075.avi	4	5
1	0	2	.00	1.00	2	1	1	Caseta17_min082.avi	4	5
0	0	3	1.00	.00	3	0	1	Caseta20_min056.avi	4	5
0	0	2	.00	1.00	1	0	1	Caseta12_min042.avi	4	3
1	1	1	.00	.00	0	1	1	Caseta14_min082.avi	3	5
0	1	1	.00	.00	0	0	1	Caseta15_min051.avi	3	5

Continuare Anexa 02

t_3	t_4	t_5	t_6	t_7	Md_t	g_1	g_2	g_3	g_4	g_5	g_6	g_7	Md_g	r_1	r_2	r_3	r_4
4	5	4	5	5	4.5	3	4	5	4	4	3	5	4.0	5	3	5	5
1	3	3	3	3	3.0	4	5	1	5	5	4	3	4.5	2	4	1	3
3	4	3	5	3	3.5	2	2	1	2	2	2	3	2.0	1	3	1	2
4	2	3	4	3	2.5	2	2	3	1	1	4	3	2.0	2	2	3	1
3	2	2	3	3	2.5	3	4	3	2	2	4	3	3.0	2	3	2	1
4	4	4	3	3	3.5	4	4	5	5	5	3	3	4.5	4	3	4	4
5	2	2	4	3	4.0	5	5	5	5	5	5	3	5.0	2	4	4	2
1	5	3	5	5	4.0	3	4	2	1	1	4	5	2.5	3	3	1	2
3	4	4	3	3	4.0	5	4	5	3	3	4	3	4.0	4	2	4	4
4	2	1	4	3	3.5	4	5	5	1	1	3	3	3.5	2	5	5	2
2	2	2	3	3	2.0	2	4	1	1	1	4	3	1.5	1	3	1	1
5	4	4	3	3	4.0	3	4	4	2	2	3	3	3.0	2	4	4	3
2	2	2	4	3	2.0	4	2	1	1	1	3	3	1.5	2	2	1	1
5	5	4	5	5	5.0	4	5	5	3	2	3	5	3.5	3	5	5	2
3	4	3	4	3	4.0	3	4	1	3	3	3	3	3.0	2	3	1	2
4	3	3	3	3	3.0	3	4	5	4	4	5	3	4.0	2	4	4	3
4	4	4	4	3	4.0	5	5	5	5	5	5	3	5.0	3	4	5	3
2	2	1	4	3	2.0	2	3	1	2	1	3	3	2.0	1	2	1	2
4	3	2	5	5	4.5	4	5	5	4	4	4	5	4.0	3	5	5	3
5	5	4	5	5	5.0	3	4	5	3	3	3	5	3.0	2	3	1	3
2	4	5	5	5	4.5	2	4	2	2	2	4	5	2.0	2	3	2	2
5	4	5	5	5	4.5	2	3	4	4	2	4	5	3.5	3	2	3	3
5	5	5	5	5	5.0	5	5	5	4	4	5	5	5.0	4	5	5	3
1	1	2	4	3	2.5	4	4	1	3	3	5	3	3.5	2	2	1	2
5	2	2	4	3	4.0	5	4	5	2	2	4	3	4.0	4	4	5	2
5	3	4	5	3	4.5	3	5	3	3	3	5	3	3.0	1	5	3	2
5	4	3	4	3	4.0	3	3	1	2	3	3	3	3.0	2	3	1	1
3	3	4	4	3	4.0	2	4	1	2	2	3	3	2.0	2	3	1	2
5	1	2	3	3	2.5	4	5	5	3	3	4	3	4.0	1	2	5	1
5	2	2	4	3	4.0	4	5	5	3	2	4	3	4.0	4	5	5	3
5	1	2	3	3	2.5	4	5	5	2	2	4	3	4.0	3	3	5	2
3	3	3	3	3	3.0	5	4	4	4	4	4	3	4.0	2	4	1	3
4	1	2	4	3	2.5	4	4	5	2	2	5	3	4.0	2	3	5	2
1	1	1	4	3	1.5	3	3	5	2	1	5	3	3.0	2	2	1	2
5	3	3	4	3	3.5	4	4	5	3	3	5	3	4.0	4	4	5	3

3	3	3	5	3	3.0	2	2	2	1	1	4	3	2.0	1	2	1	1
5	4	2	4	3	4.0	2	4	4	3	3	5	3	3.5	2	3	1	3
5	4	3	5	5	4.0	2	4	4	4	4	4	5	4.0	3	3	5	4
3	5	5	5	3	5.0	3	4	4	3	3	4	3	3.5	2	4	4	2
5	2	3	4	5	3.5	4	3	5	2	2	4	5	3.5	3	3	5	2
4	4	3	3	3	4.0	5	4	5	3	2	4	3	4.0	4	4	5	3
5	1	1	5	3	3.0	5	5	5	4	3	5	3	5.0	3	5	5	3
3	4	4	4	3	4.0	2	4	3	2	2	3	3	2.5	2	4	2	1
3	1	1	3	3	2.5	2	4	1	2	2	3	3	2.0	1	3	1	1
4	2	1	4	3	2.5	2	3	3	2	1	3	3	2.5	2	3	2	1
4	2	1	5	3	4.0	2	4	2	2	1	4	3	2.0	2	3	1	2
5	4	3	3	3	3.5	2	4	5	1	1	3	3	2.5	3	4	5	3
2	2	2	4	3	2.0	3	3	1	3	2	4	3	3.0	3	3	1	2
3	4	5	5	3	4.0	2	3	1	3	3	4	3	3.0	2	3	1	3
2	1	1	3	3	1.5	2	3	1	2	2	4	3	2.0	2	2	1	1
5	3	3	4	5	4.5	4	4	5	3	2	4	5	4.0	5	4	5	2
4	5	5	5	5	5.0	3	4	3	2	2	5	5	3.0	2	4	1	1
2	2	1	4	3	2.5	2	3	2	1	1	4	3	2.0	1	3	2	1
5	5	5	5	5	5.0	5	4	5	5	4	5	5	5.0	4	5	5	4
3	3	4	5	3	3.5	4	4	3	2	2	4	3	3.5	3	3	3	2
4	3	4	4	3	4.0	3	3	5	2	2	4	3	3.0	4	3	5	2
5	4	4	5	3	4.0	3	3	5	4	1	5	3	3.5	5	3	5	3
3	5	5	5	5	5.0	4	5	4	4	4	4	5	4.0	3	4	2	4
5	4	5	5	5	5.0	4	5	5	3	3	4	5	4.0	3	5	5	3
2	2	1	4	3	2.5	1	3	1	2	1	4	3	1.5	2	2	1	1
3	2	3	4	3	3.0	3	3	1	2	2	4	3	2.5	2	1	1	2
4	4	5	4	5	4.0	3	4	3	2	1	4	5	3.0	2	3	2	1
5	2	3	5	3	4.0	4	3	4	1	1	4	3	3.5	3	3	4	1
4	3	3	4	3	4.0	2	3	3	2	1	4	3	2.5	1	2	1	1
3	3	3	4	3	3.5	3	5	4	2	2	4	3	3.5	3	4	4	1
3	3	3	4	3	3.0	3	3	4	3	1	4	3	3.0	3	4	2	1
3	5	4	5	5	4.5	2	4	2	2	2	4	5	2.0	1	3	1	2
4	4	2	4	5	4.0	3	4	4	4	5	4	5	4.0	2	4	3	3
4	3	2	4	3	3.5	3	4	5	2	2	4	3	3.5	1	3	2	3
4	4	3	5	5	4.0	3	5	4	5	5	5	5	5.0	5	4	4	3
2	5	4	5	3	4.5	4	4	4	3	3	4	3	4.0	3	3	2	3
4	3	3	4	3	4.0	5	4	5	4	5	4	3	4.5	4	3	5	3
1	4	4	5	5	4.5	5	4	1	2	2	5	5	3.0	4	4	1	1
5	4	4	5	5	4.5	5	3	4	3	3	5	5	3.5	4	3	1	1
1	2	3	4	3	3.0	5	5	5	3	3	4	3	4.5	5	3	3	3
2	4	3	4	3	4.0	3	4	3	3	3	4	3	3.0	3	3	1	3
5	4	3	5	5	4.5	4	4	2	1	1	5	5	3.0	3	4	1	1
1	4	3	4	3	4.0	3	4	2	3	3	4	3	3.0	3	3	3	2
1	2	2	4	3	2.0	4	3	2	1	1	5	3	2.5	2	2	1	1
2	1	1	3	3	1.5	3	4	4	2	2	4	3	3.5	1	1	3	1
4	2	2	4	3	4.0	3	3	4	1	1	4	3	3.0	3	3	3	1
4	3	3	5	5	4.0	4	4	5	4	5	5	5	4.5	5	3	4	3
2	2	2	3	3	2.5	5	5	5	4	5	4	3	5.0	5	5	5	2
3	4	3	5	3	4.0	4	3	3	3	3	4	3	3.0	1	3	4	2
2	4	3	4	3	3.5	2	3	1	2	2	3	3	2.0	1	2	1	2
5	2	1	4	3	3.0	3	2	5	2	2	3	3	2.5	3	2	5	2
3	3	3	4	5	3.0	3	2	1	2	2	4	5	2.0	1	2	1	1
5	3	3	4	3	4.5	4	5	5	3	3	4	3	4.0	2	4	3	1
4	3	3	4	3	4.0	4	5	5	3	3	3	3	3.5	4	5	5	2
2	2	1	4	3	3.0	4	5	3	4	4	4	3	4.0	3	3	2	2
3	3	3	5	3	3.5	4	5	5	3	3	4	3	4.0	4	5	5	3
3	3	3	5	3	3.0	2	3	5	2	2	4	3	2.5	2	3	5	2
2	2	1	4	3	2.5	3	4	5	4	3	4	3	4.0	2	4	5	2
2	3	2	4	3	3.5	2	4	5	1	1	4	3	3.0	2	4	4	1

Continuare Anexa 02

r_5	r_6	r_7	Md_r	s_1	s_2	s_3	s_4	s_5	s_6	s_7	Md_s
3	4	5	4.5	4	4	4	5	4	4	5	4.0
3	4	3	3.0	4	5	1	3	3	4	3	3.5
2	5	3	2.0	2	2	2	4	4	5	3	3.0
1	3	3	2.0	2	2	2	2	1	4	3	2.0
1	4	3	2.0	3	5	2	1	1	4	3	2.5
3	4	3	4.0	4	4	3	3	3	4	3	3.5
2	4	3	3.0	5	5	4	4	5	5	3	5.0
2	5	5	2.5	4	5	2	5	5	5	5	5.0
4	3	3	4.0	4	1	3	4	4	4	3	4.0
2	4	3	3.0	4	5	3	2	2	4	3	3.5
1	3	3	1.0	2	3	2	2	1	3	3	2.0
2	4	3	3.5	3	3	5	4	4	4	3	4.0
1	3	3	1.5	3	1	1	1	1	3	3	1.0
2	4	5	3.5	4	5	5	4	4	4	5	4.0
2	4	3	2.0	3	3	3	5	5	4	3	3.5
2	4	3	3.5	3	4	4	2	3	4	3	3.5
3	3	3	3.0	5	5	5	4	4	4	3	4.5
2	3	3	2.0	2	2	1	2	1	3	3	2.0
3	4	5	3.5	4	5	5	2	2	4	5	4.0
3	5	5	3.0	3	5	5	4	4	4	5	4.0
2	5	5	2.0	2	5	1	3	4	4	5	3.5
2	5	5	3.0	3	3	5	3	4	5	5	3.5
3	5	5	4.5	5	5	5	4	5	5	5	5.0
2	4	3	2.0	4	3	2	3	2	4	3	3.0
1	4	3	4.0	5	5	3	1	2	4	3	3.5
2	5	3	2.5	3	5	5	4	4	5	3	4.5
1	4	3	1.5	3	3	2	2	2	4	3	2.5
1	4	3	2.0	4	4	2	3	3	4	3	3.5
1	3	3	1.5	4	5	3	2	1	3	3	3.0
3	4	3	4.0	4	5	4	2	2	4	3	4.0
2	3	3	3.0	2	3	4	1	2	4	3	2.5
3	3	3	3.0	4	3	2	2	3	4	3	3.0
2	4	3	2.5	2	3	4	2	2	4	3	2.5
2	4	3	2.0	1	2	1	1	1	5	3	1.0
3	3	3	3.5	4	4	5	2	2	4	3	4.0
1	4	3	1.0	1	3	3	2	2	4	3	2.5
3	4	3	3.0	3	4	5	5	3	4	3	4.0
3	5	5	3.5	3	3	4	4	3	5	5	3.5
2	4	3	3.0	3	5	4	3	3	5	3	3.5
2	4	5	3.0	4	2	3	1	1	5	5	2.5
3	3	3	3.5	5	4	4	3	3	4	3	4.0
3	5	3	4.0	3	3	5	1	1	5	3	3.0
1	4	3	2.0	3	4	2	2	2	3	3	2.5
1	4	3	1.0	1	4	2	2	2	4	3	2.0
1	4	3	2.0	1	2	3	2	2	4	3	2.0
2	5	3	2.0	2	4	3	1	2	5	3	2.5

2	4	3	3.5	2	4	5	3	2	4	3	3.5
1	4	3	2.5	4	1	1	3	2	4	3	2.5
4	5	3	3.0	2	3	2	3	4	5	3	3.0
1	3	3	1.5	2	2	2	2	2	3	3	2.0
2	4	5	4.0	5	5	5	2	2	4	5	4.5
1	5	5	1.5	3	5	4	4	5	5	5	4.5
2	4	3	2.0	1	3	1	1	1	4	3	1.0
3	5	5	4.5	5	4	5	4	5	5	5	5.0
2	5	3	3.0	4	4	3	2	2	4	3	3.5
2	4	3	3.5	3	2	4	2	2	4	3	2.5
3	5	3	4.0	3	3	5	3	3	5	3	3.0
4	5	5	4.0	5	4	2	4	5	5	5	4.5
2	4	5	3.5	4	5	5	3	3	4	5	4.0
1	3	3	1.5	2	3	2	2	2	4	3	2.0
2	3	3	2.0	3	2	2	1	1	4	3	2.0
1	4	5	2.0	3	3	5	3	3	4	5	3.0
2	5	3	3.0	4	3	5	2	2	4	3	3.5
1	3	3	1.0	2	3	4	3	2	4	3	3.0
1	4	3	3.5	3	3	4	2	1	4	3	3.0
2	4	3	2.5	2	3	3	2	1	4	3	2.5
2	5	5	2.0	2	4	3	3	2	5	5	3.0
3	5	5	3.0	3	4	4	3	2	4	5	3.5
2	3	3	2.5	3	3	3	2	2	4	3	3.0
3	5	5	4.0	3	4	4	4	4	5	5	4.0
2	5	3	3.0	4	4	2	3	3	5	3	3.5
2	4	3	3.5	4	3	1	2	2	4	3	2.5
1	5	5	2.5	5	5	1	3	3	5	5	4.0
1	5	5	2.0	5	2	5	4	3	5	5	4.5
3	4	3	3.0	5	5	3	2	2	4	3	3.5
3	4	3	3.0	3	5	2	4	2	4	3	3.5
2	5	5	2.5	5	4	5	2	2	5	5	4.5
2	5	3	3.0	3	3	1	3	2	4	3	3.0
2	4	3	2.0	4	2	1	2	2	4	3	2.0
2	4	3	1.5	2	1	2	1	1	4	3	1.5
2	4	3	3.0	3	4	3	2	2	4	3	3.0
2	5	5	3.5	5	4	4	3	2	5	5	4.0
2	4	3	4.5	5	2	3	1	4	4	3	3.5
2	4	3	2.5	4	5	2	3	2	4	3	3.5
2	4	3	2.0	3	5	2	4	3	4	3	3.5
2	3	3	2.5	3	1	5	2	2	3	3	2.5
1	4	5	1.0	2	3	2	2	3	4	5	2.5
1	4	3	2.5	4	5	5	2	3	4	3	4.0
2	4	3	4.0	4	4	5	2	3	4	3	4.0
2	4	3	2.5	4	4	1	2	3	4	3	3.5
2	5	3	4.5	4	5	4	3	2	5	3	4.0
2	5	3	2.5	2	2	3	3	3	4	3	3.0
2	3	3	2.5	2	4	2	1	1	4	3	2.0
2	4	3	3.0	2	3	3	2	2	4	3	2.5

Anexa 03
Grafice variabile şi statistici descriptive

Variabilele de voce reprezentate pe clase:

Statistics

		vocea trainer -claritatea	vocea trainer-amplitudinea	vocea trainer-diversitatea tonala
N	Valid	94	94	94
	Missing	0	0	0

vocea trainer -claritatea

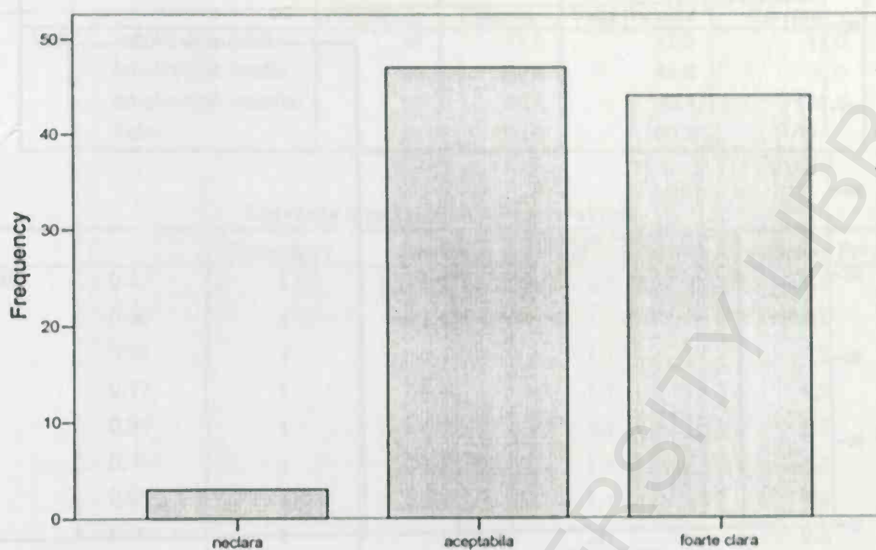
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	neclara	3	3.2	3.2	3.2
	aceptabila	47	50.0	50.0	53.2
	foarte clara	44	46.8	46.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

vocea trainer-amplitudinea

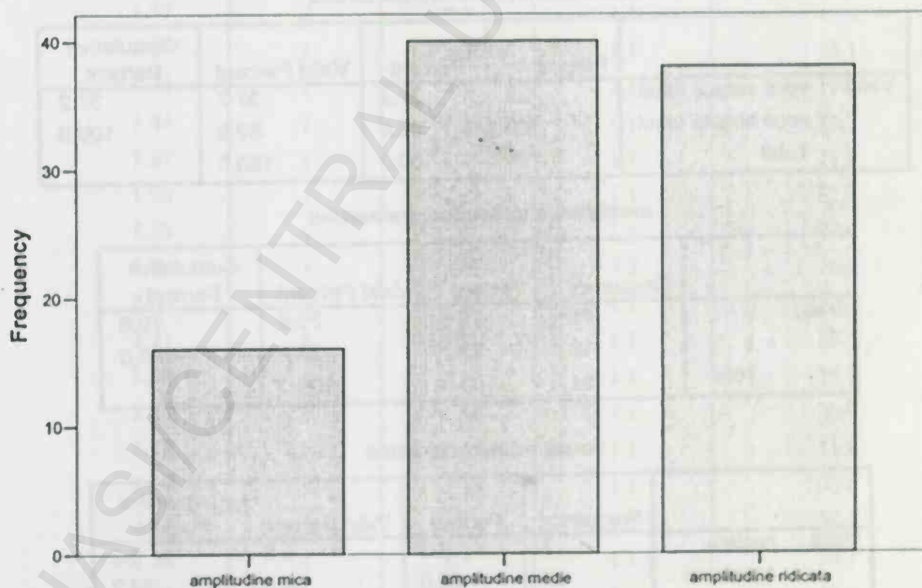
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	amplitudine mica	16	17.0	17.0	17.0
	amplitudine medie	40	42.6	42.6	59.6
	amplitudine ridicata	38	40.4	40.4	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

vocea trainer-diversitatea tonala

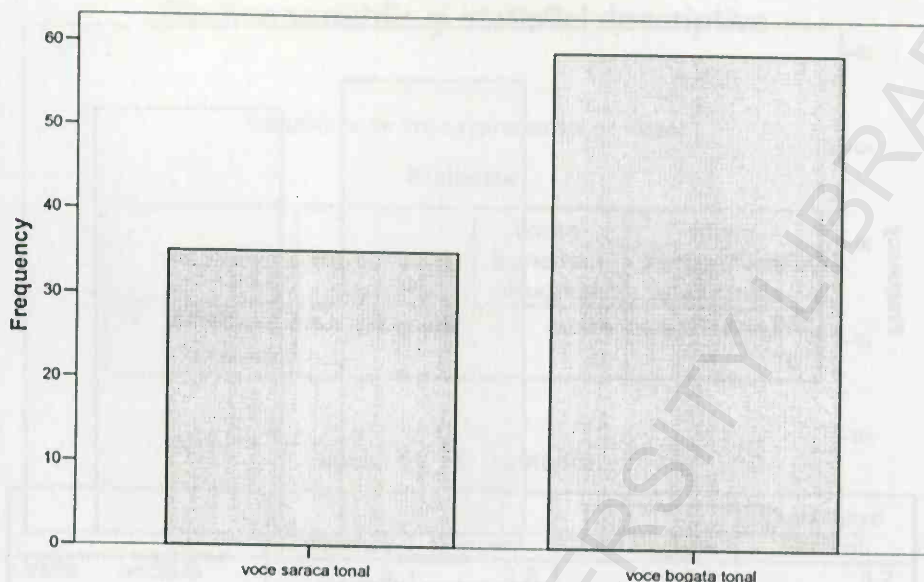
		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voce saraca tonal	35	37.2	37.2	37.2
	voce bogata tonal	59	62.8	62.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	



Reprezentarea grafică pe clase după frecvența de clasă



Reprezentarea grafică pe clase după frecvența de clasă



Reprezentarea grafică pe clase după frecvenţa de clasă

Tabelele de frecvenţă pentru variabile

vocea trainer-diversitatea tonala

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voce saraca tonal	35	37.2	37.2	37.2
	voce bogata tonal	59	62.8	62.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

mobilitatea in spatiu a trainerului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	75	79.8	79.8	79.8
	1	19	20.2	20.2	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

vocea trainer -claritatea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	neclara	3	3.2	3.2	3.2
	aceptabila	47	50.0	50.0	53.2
	foarte clara	44	46.8	46.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

vocea trainer-amplitudinea

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	amplitudine mica	16	17.0	17.0	17.0
	amplitudine medie	40	42.6	42.6	59.6
	amplitudine ridicata	38	40.4	40.4	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

frecvenţa intervenţiilor trainerului/min

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0.47	1	1.1	1.1	1.1
	0.60	1	1.1	1.1	2.1
	0.63	1	1.1	1.1	3.2
	0.77	1	1.1	1.1	4.3
	0.94	1	1.1	1.1	5.3
	0.95	1	1.1	1.1	6.4
	0.98	1	1.1	1.1	7.4
	0.99	2	2.1	2.1	9.6
	1.04	1	1.1	1.1	10.6
	1.09	1	1.1	1.1	11.7
	1.12	1	1.1	1.1	12.8
	1.19	1	1.1	1.1	13.8
	1.26	1	1.1	1.1	14.9
	1.57	2	2.1	2.1	17.0
	1.66	1	1.1	1.1	18.1
	1.76	1	1.1	1.1	19.1
	1.84	1	1.1	1.1	20.2
	1.87	1	1.1	1.1	21.3
	1.98	1	1.1	1.1	22.3
	1.98	1	1.1	1.1	23.4
	1.99	3	3.2	3.2	26.6
	2.00	1	1.1	1.1	27.7
	2.21	1	1.1	1.1	28.7
	2.28	1	1.1	1.1	29.8
	2.33	1	1.1	1.1	30.9
	2.38	1	1.1	1.1	31.9
	2.50	1	1.1	1.1	33.0
	2.57	1	1.1	1.1	34.0
	2.58	1	1.1	1.1	35.1
	2.62	1	1.1	1.1	36.2
	2.63	1	1.1	1.1	37.2
	2.64	1	1.1	1.1	38.3

2.79	1	1.1	1.1	39.4
2.86	1	1.1	1.1	40.4
2.89	1	1.1	1.1	41.5
2.95	2	2.1	2.1	43.6
2.98	1	1.1	1.1	44.7
3.00	2	2.1	2.1	46.8
3.09	1	1.1	1.1	47.9
3.19	1	1.1	1.1	48.9
3.22	1	1.1	1.1	50.0
3.26	1	1.1	1.1	51.1
3.30	1	1.1	1.1	52.1
3.30	1	1.1	1.1	53.2
3.41	1	1.1	1.1	54.3
3.43	1	1.1	1.1	55.3
3.44	2	2.1	2.1	57.4
3.49	1	1.1	1.1	58.5
3.55	1	1.1	1.1	59.6
3.60	1	1.1	1.1	60.6
3.61	1	1.1	1.1	61.7
3.67	2	2.1	2.1	63.8
3.73	1	1.1	1.1	64.9
3.77	1	1.1	1.1	66.0
3.93	1	1.1	1.1	67.0
3.98	1	1.1	1.1	68.1
4.00	2	2.1	2.1	70.2
4.07	1	1.1	1.1	71.3
4.09	1	1.1	1.1	72.3
4.13	1	1.1	1.1	73.4
4.13	1	1.1	1.1	74.5
4.17	1	1.1	1.1	75.5
4.19	1	1.1	1.1	76.6
4.20	1	1.1	1.1	77.7
4.29	2	2.1	2.1	79.8
4.35	1	1.1	1.1	80.9
4.45	1	1.1	1.1	81.9
4.59	1	1.1	1.1	83.0
4.73	1	1.1	1.1	84.0
4.74	1	1.1	1.1	85.1
4.76	1	1.1	1.1	86.2
4.82	1	1.1	1.1	87.2
4.95	1	1.1	1.1	88.3

4.97	1	1.1	1.1	89.4
5.05	1	1.1	1.1	90.4
5.23	1	1.1	1.1	91.5
5.49	1	1.1	1.1	92.6
5.54	1	1.1	1.1	93.6
5.81	1	1.1	1.1	94.7
5.85	1	1.1	1.1	95.7
6.30	1	1.1	1.1	96.8
6.77	1	1.1	1.1	97.9
6.89	1	1.1	1.1	98.9
7.03	1	1.1	1.1	100.0
Total	94	100.0	100.0	

raspuns al trainerului la manifestarile membrilor grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	lent	30	31.9	31.9	31.9
	mediu	31	33.0	33.0	64.9
	scurt	33	35.1	35.1	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

simtul umorului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	70	74.5	74.5	74.5
	1	24	25.5	25.5	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

nr. de traineri

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1	58	61.7	61.7	61.7
	2	36	38.3	38.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

sexul – trainer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	feminin	77	81.9	81.9	81.9
	masculin	17	18.1	18.1	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

mobilitatea în spaţiu a grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	75	79.8	79.8	79.8
	mica	19	20.2	20.2	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

nr. gesturi neadecvate la membri grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	66	70.2	70.2	70.2
	1	28	29.8	29.8	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

nr. membrilor grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	1	1.1	1.1	1.1
	6	2	2.1	2.1	3.2
	7	10	10.6	10.6	13.8
	8	23	24.5	24.5	38.3
	9	14	14.9	14.9	53.2
	10	12	12.8	12.8	66.0
	11	7	7.4	7.4	73.4
	12	1	1.1	1.1	74.5
	15	3	3.2	3.2	77.7
	16	1	1.1	1.1	78.7
	18	1	1.1	1.1	79.8
	19	13	13.8	13.8	93.6
	20	6	6.4	6.4	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

manifestări emoţionale la membri grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	49	52.1	52.1	52.1
	1	45	47.9	47.9	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

omogenitatea grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	eterogen	64	68.1	68.1	68.1
	omogen	30	31.9	31.9	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

diferenţa de voce trainer – membri grup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	voce sub nivelul grupului	16	17.0	17.0	17.0
	voce la nivelul grupului	27	28.7	28.7	45.7
	voce peste nivelul grupului	51	54.3	54.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

nr. de feedback-uri pozitive oferite de trainer

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	18	19.1	19.1	19.1
	1	17	18.1	18.1	37.2
	2	15	16.0	16.0	53.2
	3	14	14.9	14.9	68.1
	4	7	7.4	7.4	75.5
	5	10	10.6	10.6	86.2
	6	4	4.3	4.3	90.4
	7	2	2.1	2.1	92.6
	8	4	4.3	4.3	96.8
	9	1	1.1	1.1	97.9
	10	1	1.1	1.1	98.9
	14	1	1.1	1.1	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

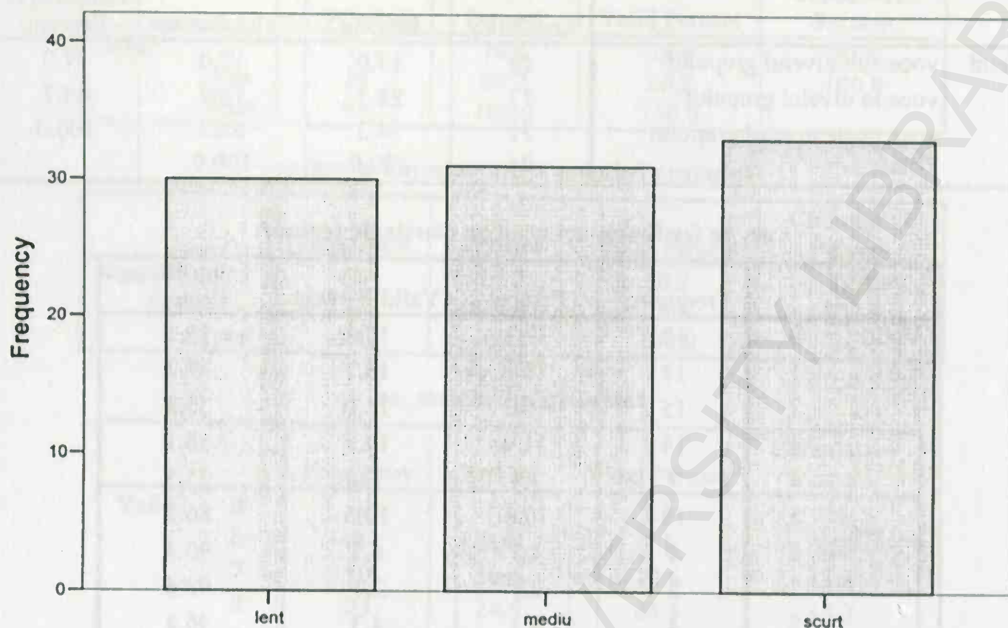
nr. de feedback-uri pozitive oferite de grup

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	0	63	67.0	67.0	67.0
	1	17	18.1	18.1	85.1
	2	6	6.4	6.4	91.5
	3	3	3.2	3.2	94.7
	4	3	3.2	3.2	97.9
	5	1	1.1	1.1	98.9
	6	1	1.1	1.1	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

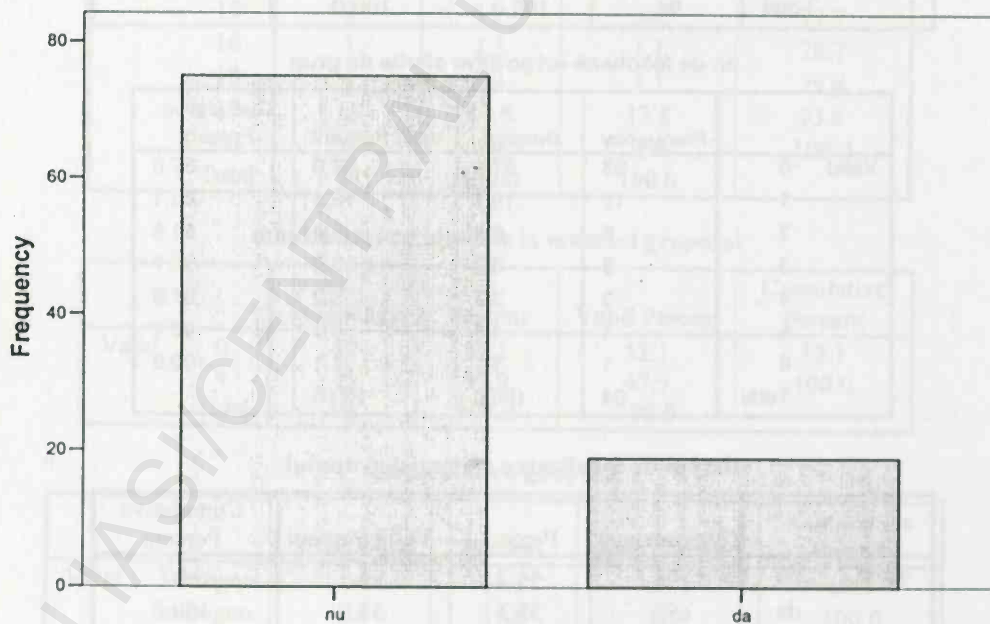
timpul de focalizarea a atentiei grupului

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	nu	42	44.7	44.7	44.7
	da	52	55.3	55.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

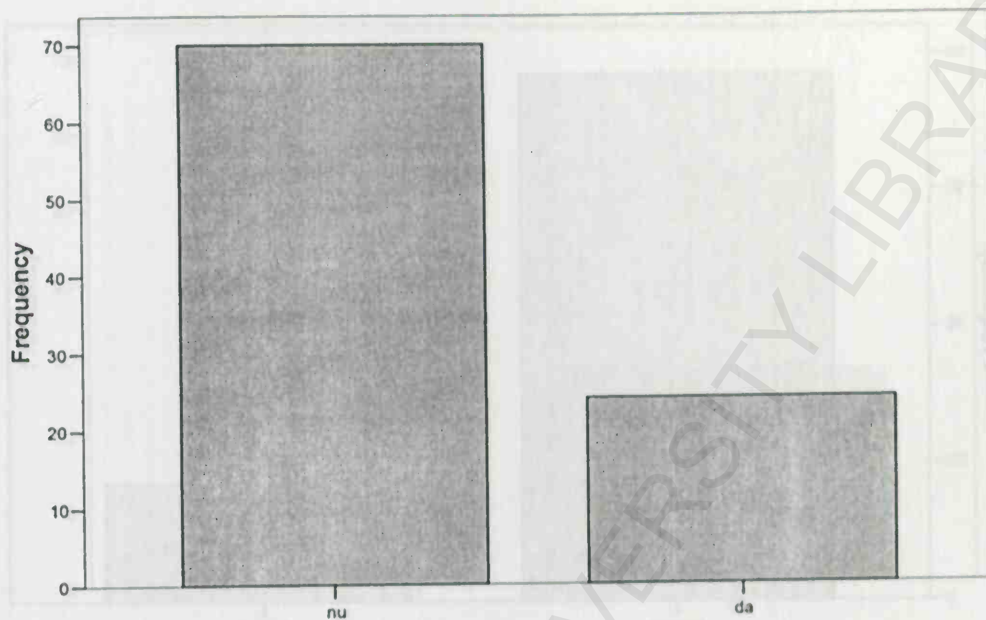
raspuns al trainerului la manifestarile membrilor grupului



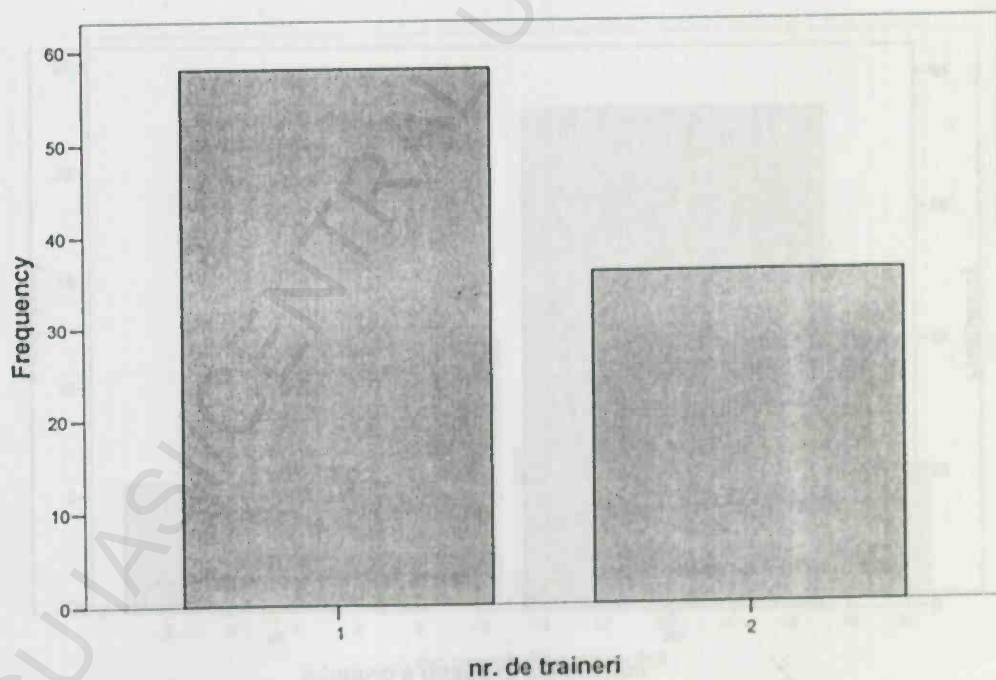
mobilitatea in spatiu a trainerului

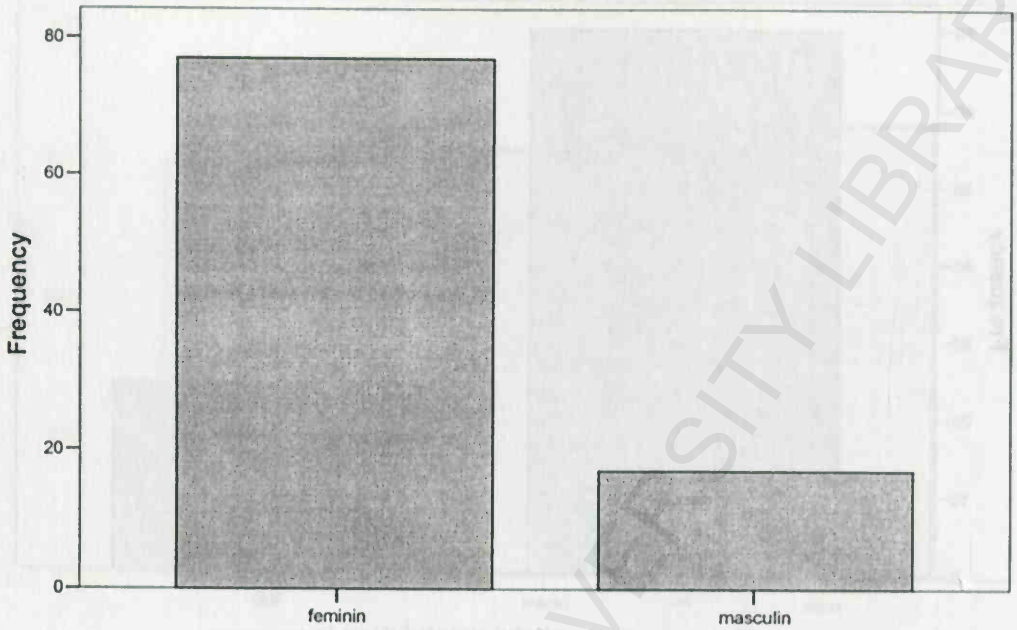


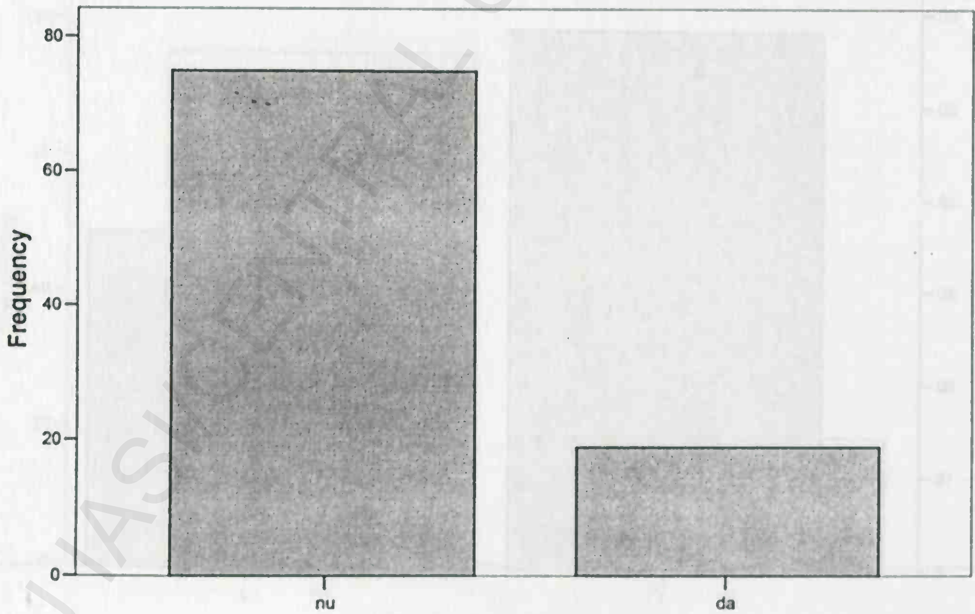
simtul umorului



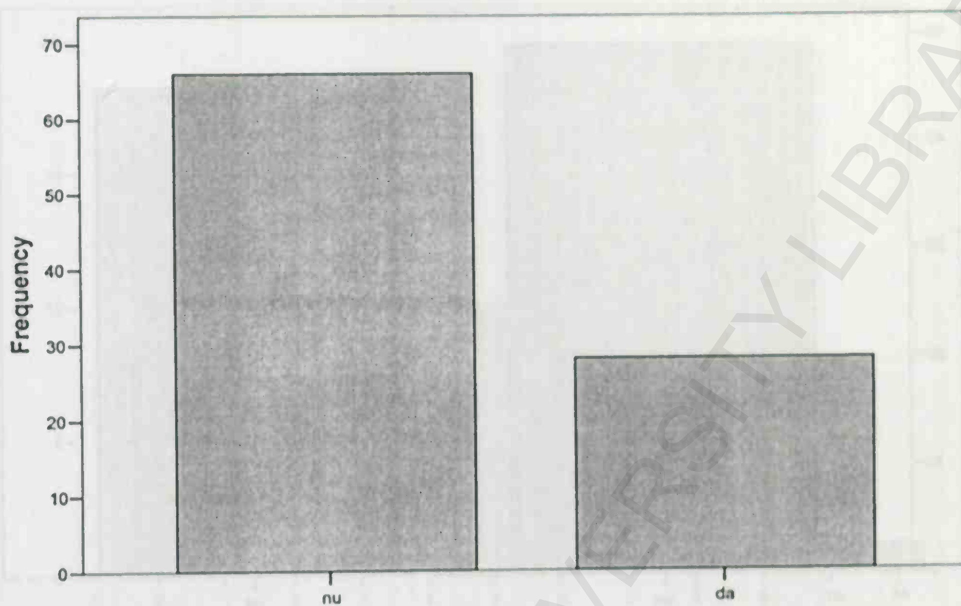
nr. de traineri



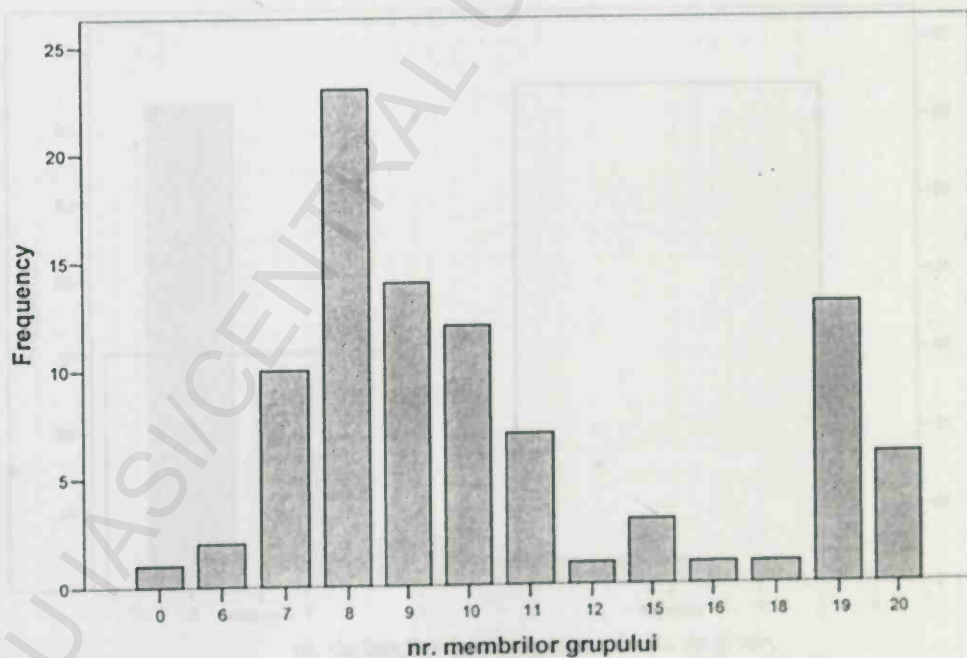

sexul - trainer
Frequency
80
60
40
20
0
feminin
masculin
sexul - trainer

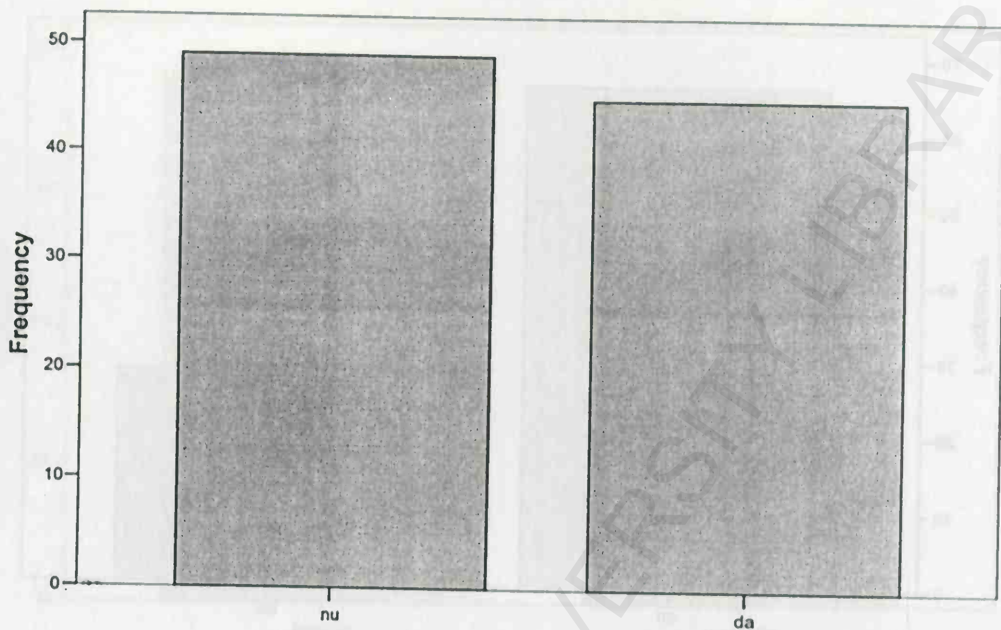

mobilitatea in spatiu a grupului
Frequency
80
60
40
20
0
nu
da
mobilitatea in spatiu a grupului

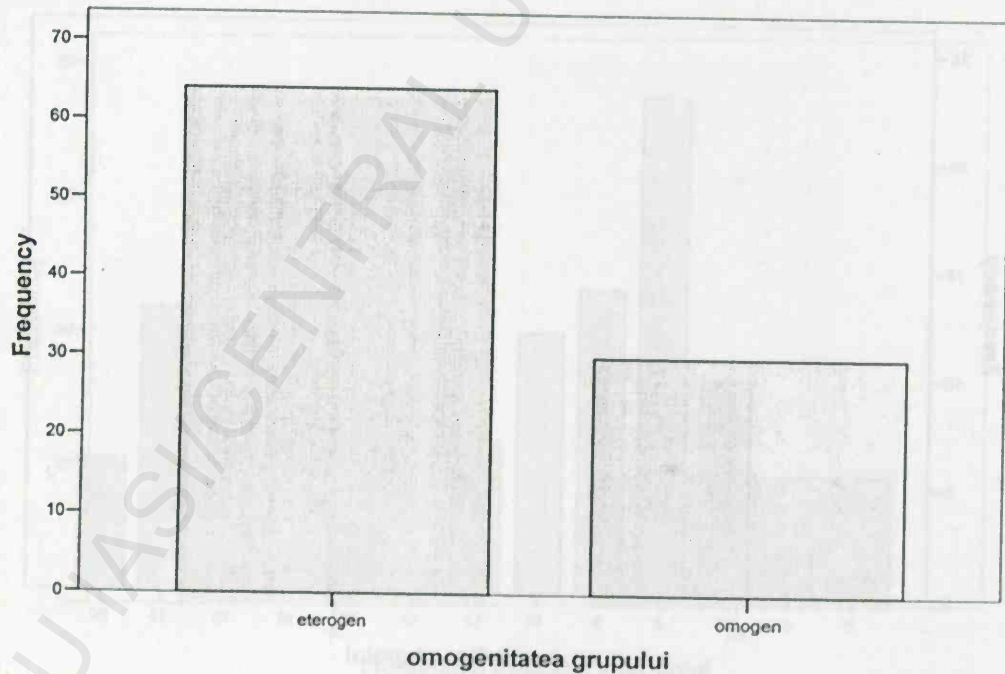
gesturi neadecvate la membri grupului

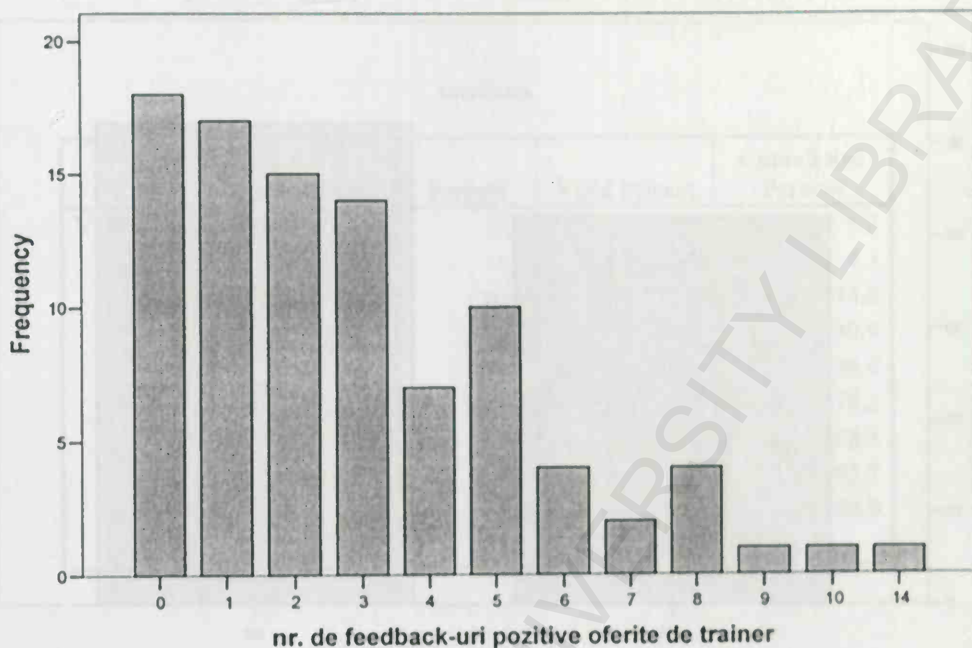


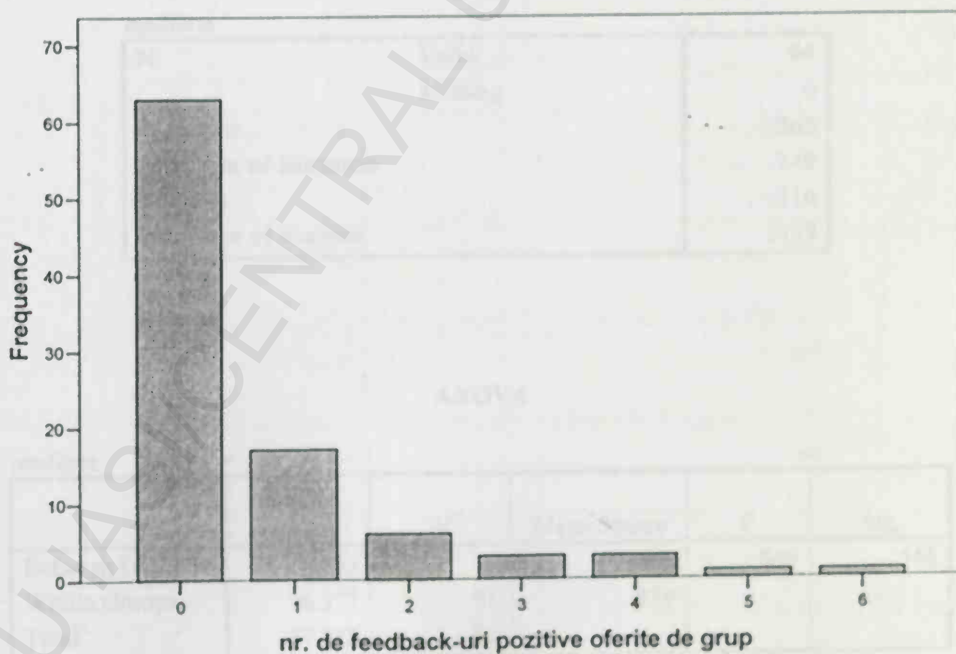
nr. membrilor grupului

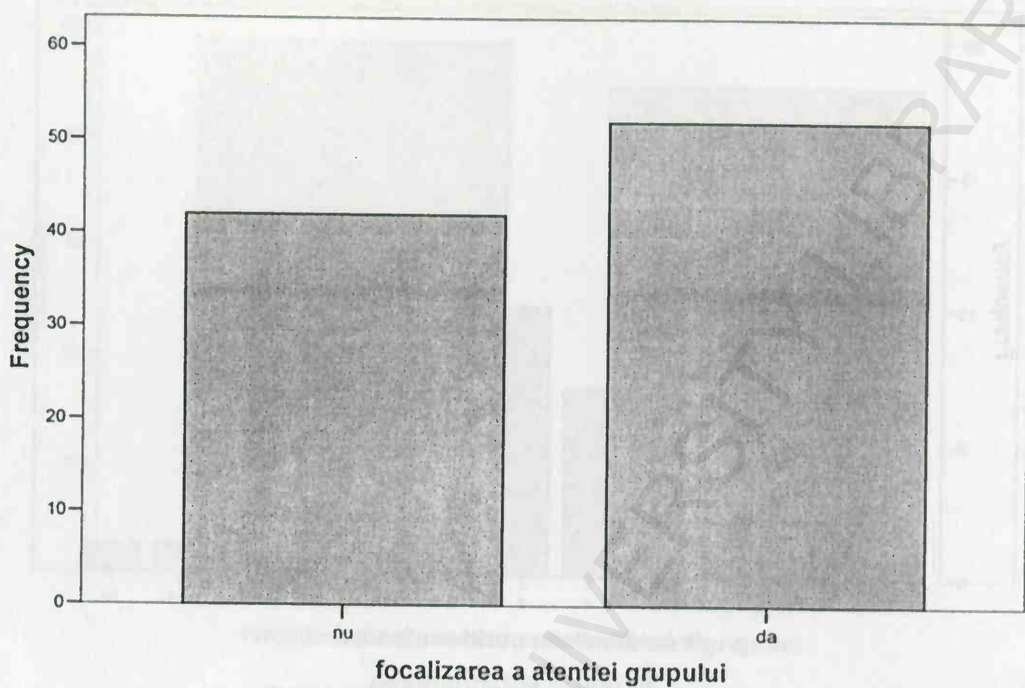



manifestari emotionale la membri grupului
Frequency
50
40
30
20
10
0
nu
da
manifestari emotionale la membri grupului


omogenitatea grupului
Frequency
70
60
50
40
30
20
10
0
eterogen
omogen
omogenitatea grupului


nr. de feedback-uri pozitive oferite de trainer
Frequency
20
15
10
5
0
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
14
nr. de feedback-uri pozitive oferite de trainer


nr. de feedback-uri pozitive oferite de grup
Frequency
70
60
50
40
30
20
10
0
0
1
2
3
4
5
6
nr. de feedback-uri pozitive oferite de grup


focalizarea a atentiei grupului
Frequency
60
50
40
30
20
10
0
nu
da
focalizarea a atentiei grupului

Anexa 04

ANOVA pentru grupurile de înregistrări de 3,5,7 minute

mediana

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	1.0	3	3.2	3.2	3.2
	1.5	1	1.1	1.1	4.3
	2.0	10	10.6	10.6	14.9
	2.5	15	16.0	16.0	30.9
	3.0	15	16.0	16.0	46.8
	3.5	22	23.4	23.4	70.2
	4.0	17	18.1	18.1	88.3
	4.5	7	7.4	7.4	95.7
	5.0	4	4.3	4.3	100.0
	Total	94	100.0	100.0	

Statistics

mediana

N	Valid	94
	Missing	0
Skewness		-.262
Std. Error of Skewness		.249
Kurtosis		-.216
Std. Error of Kurtosis		.493

ANOVA

mediana

	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Between Groups	.955	2	.478	.569	.568
Within Groups	76.377	91	.839		
Total	77.332	93			

Anexa 05

Corelaţii pentru cele 3 dimensiuni (categorii)

Correlations

			mediana
Kendall's tau_b	mediana	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	94
	mobilitatea in spatiu a grupului	Correlation Coefficient	0.177
		Sig. (2-tailed)	0.052
		N	94
	nr. gesturi neadecvate la membri grupului	Correlation Coefficient	-0.394
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	manifestari emotionale la membri grupului	Correlation Coefficient	0.479
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	nr. membrilor grupului	Correlation Coefficient	0.252
		Sig. (2-tailed)	0.001
		N	94
	omogenitatea grupului	Correlation Coefficient	-0.245
		Sig. (2-tailed)	0.007
		N	94

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			mediana
Kendall's tau_b	mediana	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	94
	diferenta de voce trainer- membri grup	Correlation Coefficient	0.455
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	nr. de feedback-uri pozitive oferite de trainer	Correlation Coefficient	0.365
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	nr. de feedback-uri pozitive oferite de grup	Correlation Coefficient	0.263
		Sig. (2-tailed)	0.002
		N	94
	timpul de focalizarea a atentiei grupului	Correlation Coefficient	0.409
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).
*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Correlations

			mediana
Kendall's tau_b	mediana	Correlation Coefficient	1.000
		Sig. (2-tailed)	.
		N	94
	vocea trainer -claritatea	Correlation Coefficient	0.384
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	vocea trainer-amplitudinea	Correlation Coefficient	0.403
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	vocea trainer-diversitatea tonala	Correlation Coefficient	0.570
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	frecventa interventiilor trainerului/min	Correlation Coefficient	0.241
		Sig. (2-tailed)	0.001
		N	94
	raspuns al trainerului la manifestarile membrilor grupului	Correlation Coefficient	0.338
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	mobilitatea in spatiu a trainerului	Correlation Coefficient	0.314
		Sig. (2-tailed)	0.001
		N	94
	varsta	Correlation Coefficient	0.210
		Sig. (2-tailed)	0.009
		N	94
	simtul umorului	Correlation Coefficient	0.476
		Sig. (2-tailed)	0.000
		N	94
	nr. de traineri	Correlation Coefficient	-0.316
		Sig. (2-tailed)	0.001
		N	94
	sexul - trainer	Correlation Coefficient	-0.035
		Sig. (2-tailed)	0.701
		N	94

**. Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

*. Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Anexa06

Colianiaritatea

Collinearity Diagnostics(a)

Model	Dimension	Eigenvalue	Condition Index	Variance Proportions: (Constant)	vocea trainer-diversitatea tonala	manifestari emotionale la membri grupului	mobilitatea in spatiu a trainerului	simtul umorului	diferenta de voce trainer- membri grup	omogenitatea grupului
1	1	1.792	1.000	0.10	0.10					
	2	0.208	2.937	0.90	0.90					
	1	2.431	1.000	0.05	0.05	0.06				
	2	0.364	2.585	0.08	0.22	0.91				
	3	0.205	3.440	0.87	0.73	0.03				
	1	2.769	1.000	0.03	0.04	0.04	0.04			
	2	0.665	2.041	0.03	0.01	0.06	0.94			
	3	0.362	2.766	0.10	0.22	0.87	0.01			
	4	0.205	3.679	0.84	0.73	0.03	0.01			
	1	3.238	1.000	0.02	0.02	0.03	0.03	0.03		
	2	0.792	2.021	0.00	0.00	0.01	0.64	0.18		
	3	0.459	2.656	0.24	0.06	0.01	0.30	0.40		
	4	0.335	3.110	0.00	0.20	0.78	0.00	0.16		
	5	0.176	4.289	0.73	0.72	0.17	0.03	0.23		
	1	4.093	1.000	0.00	0.01	0.02	0.01	0.02	0.00	
	2	0.794	2.270	0.00	0.00	0.02	0.58	0.20	0.00	
	3	0.543	2.744	0.04	0.01	0.04	0.33	0.30	0.02	
	4	0.336	3.489	0.00	0.14	0.78	0.01	0.21	0.00	
	5	0.192	4.617	0.08	0.75	0.14	0.04	0.27	0.02	
	6	0.041	10.043	0.88	0.09	0.00	0.02	0.01	0.96	
	1	4.338	1.000	0.00	0.01	0.01	0.01	0.01	0.00	0.01
	2	0.897	2.200	0.00	0.01	0.01	0.05	0.10	0.00	0.47
	3	0.794	2.337	0.00	0.00	0.02	0.61	0.17	0.00	0.00
	4	0.447	3.115	0.02	0.09	0.15	0.22	0.15	0.02	0.21
	5	0.309	3.745	0.00	0.03	0.75	0.07	0.42	0.00	0.13
	6	0.177	4.948	0.09	0.80	0.06	0.01	0.14	0.04	0.11
	7	0.038	10.626	0.88	0.06	0.00	0.01	0.01	0.94	0.06

a. Dependent Variable: mediana

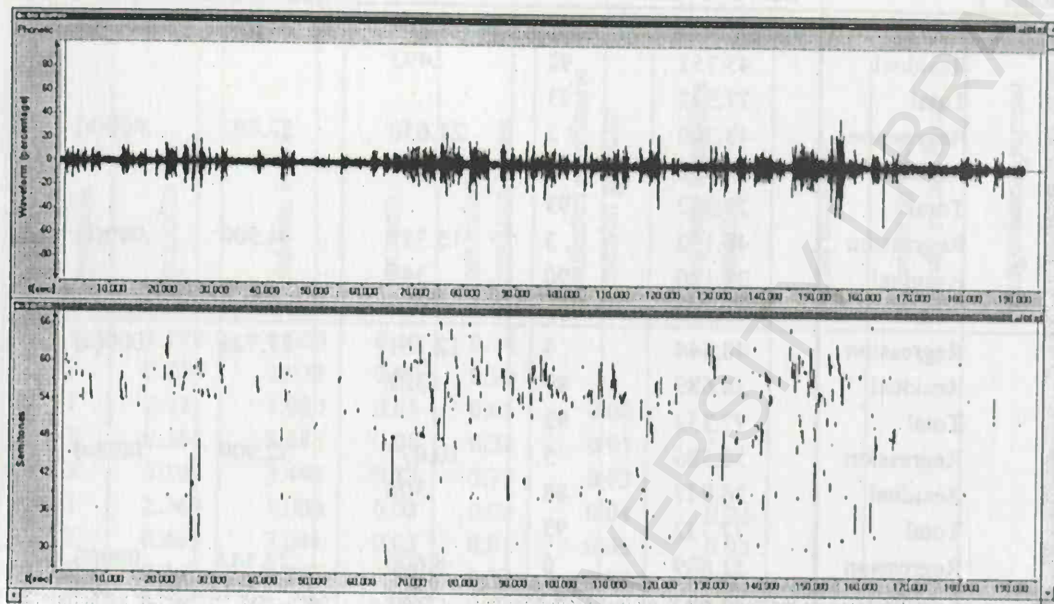
ANOVA(g)

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	31.980	1	31.980	64.872	.000(a)
	Residual	45.353	92	.493		
	Total	77.332	93			
2	Regression	43.300	2	21.650	57.892	.000(b)
	Residual	34.032	91	.374		
	Total	77.332	93			
3	Regression	46.192	3	15.397	44.500	.000(c)
	Residual	31.140	90	.346		
	Total	77.332	93			
4	Regression	48.644	4	12.161	37.726	.000(d)
	Residual	28.689	89	.322		
	Total	77.332	93			
5	Regression	50.386	5	10.077	32.909	.000(e)
	Residual	26.947	88	.306		
	Total	77.332	93			
6	Regression	51.639	6	8.606	29.142	.000(f)
	Residual	25.693	87	.295		
	Total	77.332	93			

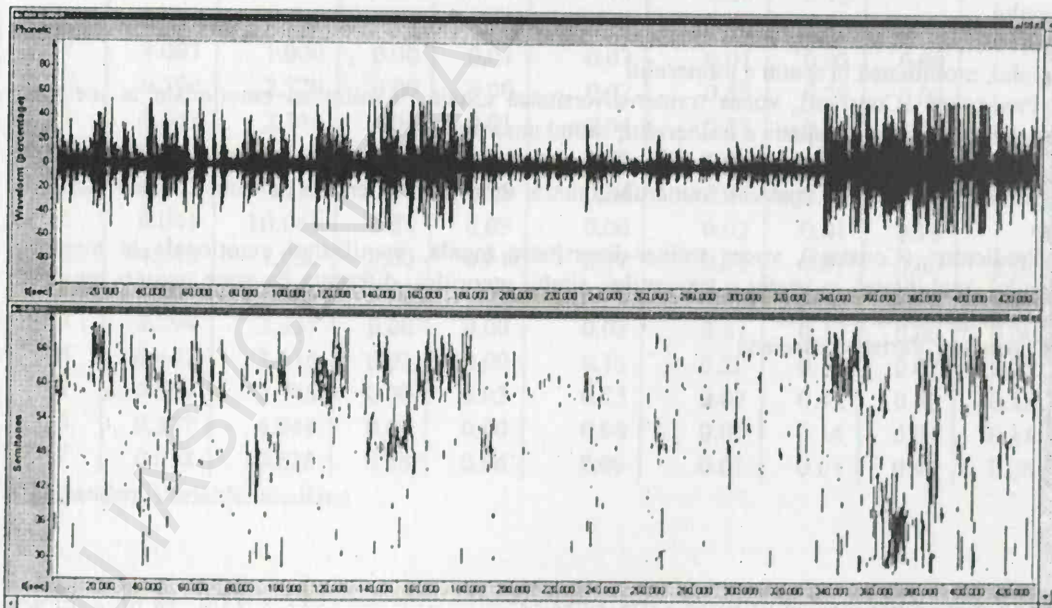
a Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala
b Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului
c Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului
d Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului
e Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup
f Predictors: (Constant), vocea trainer-diversitatea tonala, manifestari emotionale la membri grupului, mobilitatea in spatiu a trainerului, simtul umorului, diferenta de voce trainer- membri grup, omogenitatea grupului
g Dependent Variable: mediana

Anexa 08

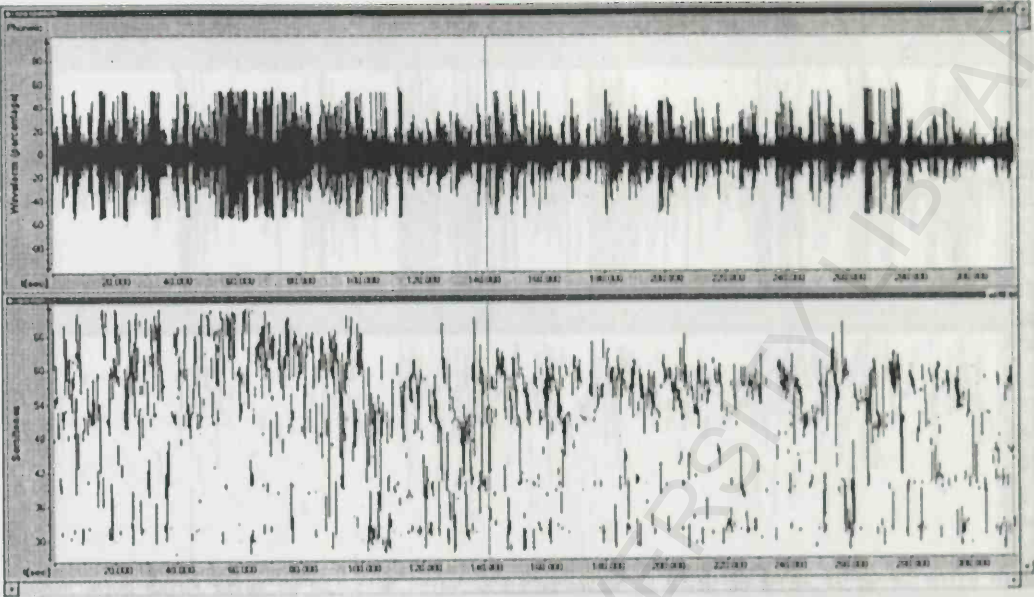
Graficul unei secvențe monotone



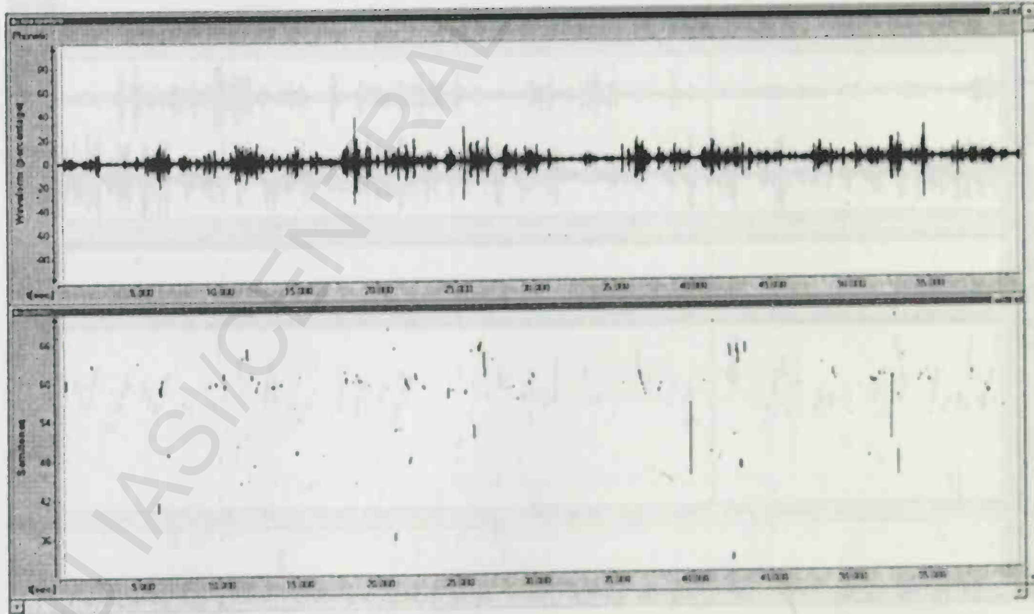
Graficul unei secvențe în care terapeutul/trainerul intervine expresiv



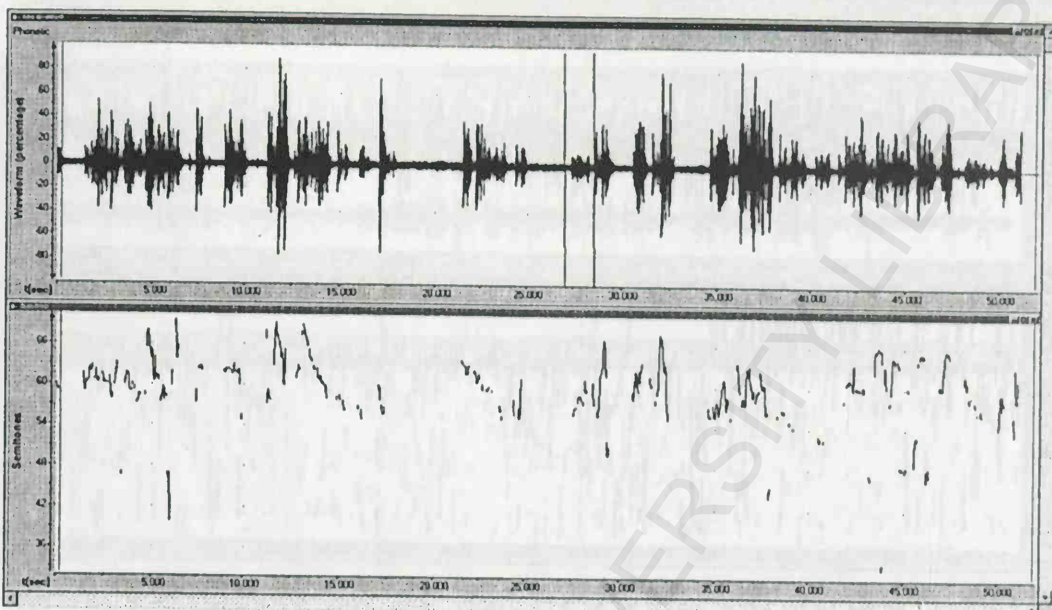
Graficul unei secvenţe în care terapeutul aproape ca nu intervine. Grupul interacţionează de la sine



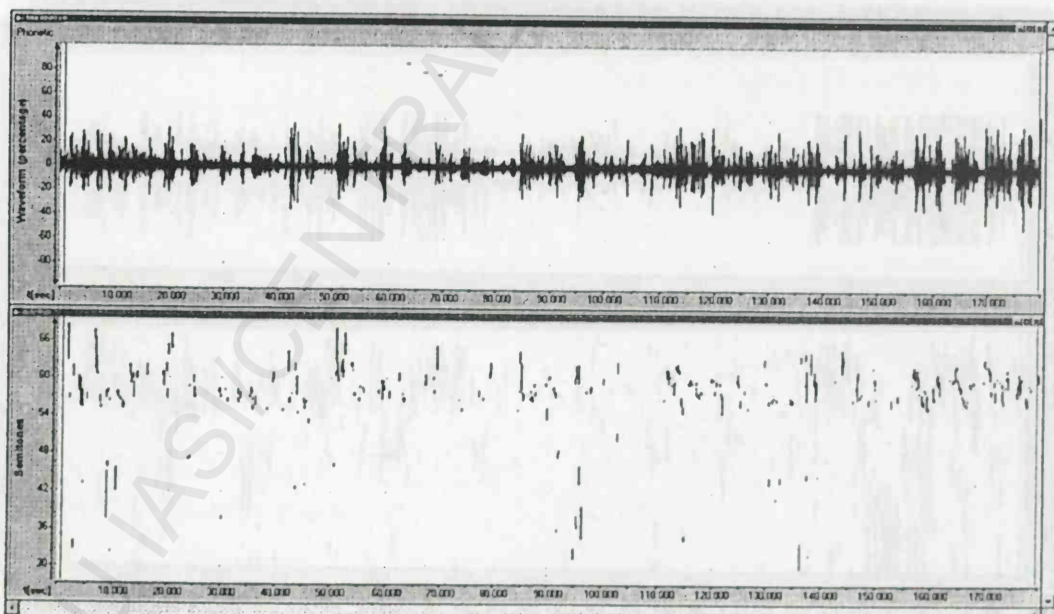
Graficul unei secvenţe în care terapeutul şi un membru al grupului au acelaşi amplitudine a vocii.



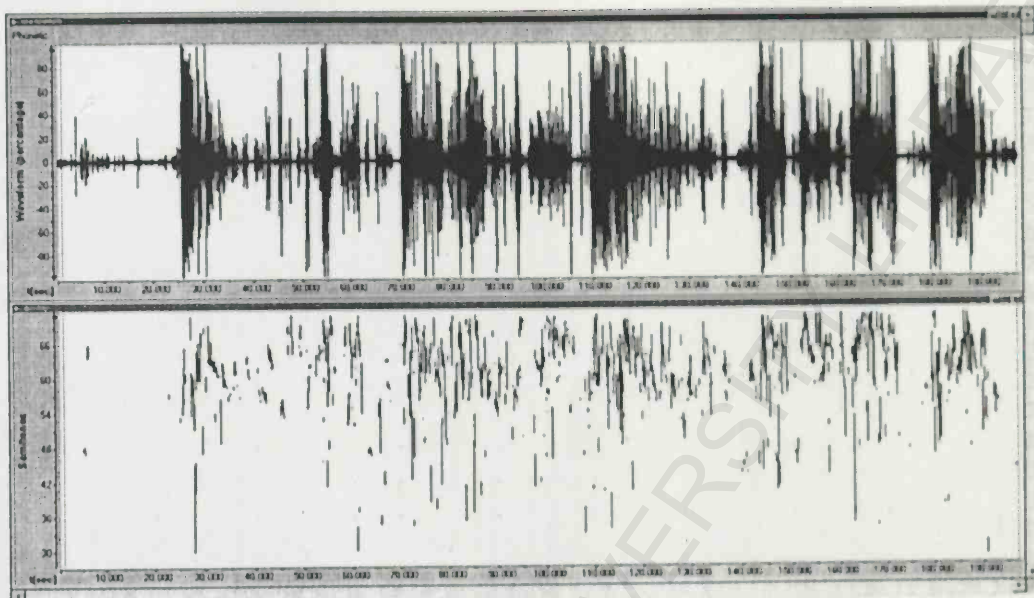
Intre barele vertiale este vocea unui membru al grupului, în rest sunt cei doi traineri. Ambii au voci expressive.



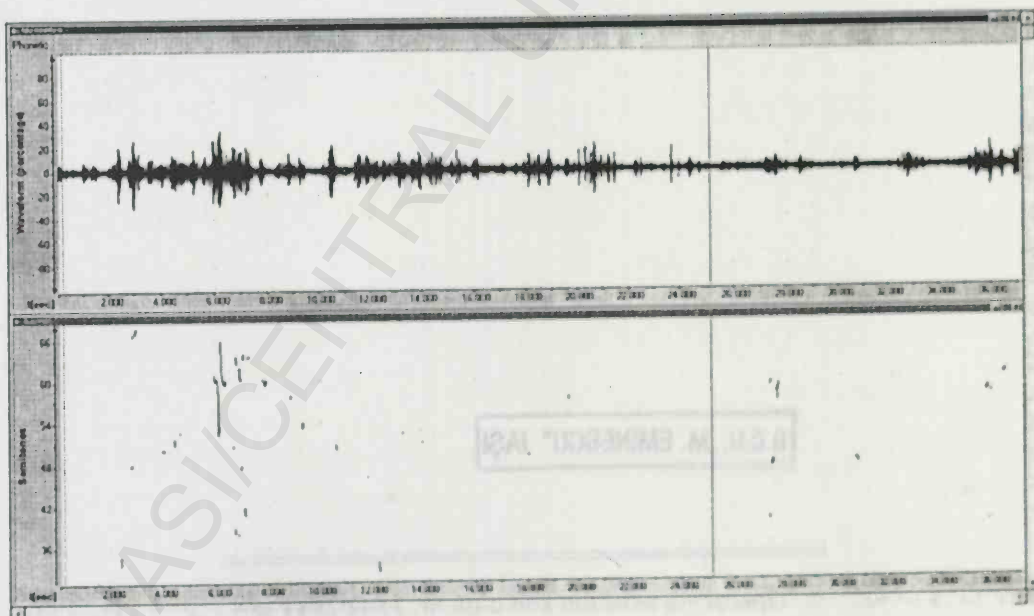
Din nou o voce expresivă dar aflată în uşoară defensă. În partea de final un alt membru din grup preia cuvântul cu o voce cel puţin la acelaşi nivel.



Terapeut expresiv şi un grup în foare mare formă, manifestă mult umor şi starea generală este de bucurie comună



Terapeut usor directiv care inhibă participarea grupului, sesizată dupa linia verticală.



Tiparul s-a executat sub c-da nr. 2809/2011 la
Tipografia Editurii Universităţii din Bucureşti


9 789737 379269